

**УНІВЕРСИТЕТ СУЧАСНИХ ЗНАНЬ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

КНИШ СЕРГІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

УДК 342ю951:614] (477)

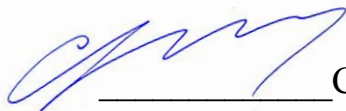
ДИСЕРТАЦІЯ

**АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВІ ВІДНОСИНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

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

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук

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



С. В. Книш

*Згодившись за змістом
з іменами прескрипціями,
що були подані до ради.*



Науковий керівник:
Теремецький Владислав Іванович,
доктор юридичних наук, доцент

Тернопіль – 2019

АНОТАЦІЯ

Книш С. В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні. – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук за спеціальністю 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. – Тернопільський національний економічний університет, МОН України, м. Тернопіль, 2019.

Дисертацію присвячено комплексному дослідженню адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні.

Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я визначено як окрему категорію правових відносин, які виникають у сфері охорони здоров'я за участю центрального органу виконавчої влади, що реалізує політику в цій сфері, та/або інших суб'єктів, що здійснюють публічне управління у цій сфері, пов'язані з кореспондуючими правами й обов'язками, що мають внутрішньо- і зовнішньоорганізаційний характер та спрямовані на забезпечення права кожного на охорону здоров'я, підтримку належного рівня громадського здоров'я і санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, а також реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я загалом.

Виявлено особливості адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, що впливають із сутності управлінської діяльності держави та відповідають профільній політиці держави, що провадиться в зазначеній сфері.

З'ясовано, що адміністративні відносини у сфері охорони здоров'я відрізняються від усіх інших відносин своїм змістом та призначенням, що пов'язане з їх владно-управлінським характером для забезпечення якісного та ефективного функціонування системи охорони здоров'я, від якого залежить повнота реалізації права кожного на охорону здоров'я. При цьому наслідки розвитку адміністративно-правових відносин відбиваються на кожному з інших видів юридичних відносин, що мають місце у сфері охорони здоров'я.

Зроблено висновок, що зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я не зводиться до єдиного аспекту, виду чи напрямку діяльності, за своїм змістом вони теж відрізняються одні від одних. Це пов'язано насамперед із різноманітністю управлінської діяльності, множинністю суб'єктів, які беруть участь у цьому процесі, та рівнями, на яких вони здійснюються.

За певними критеріями (вольова ознака, склад, наявність чи відсутність життєвих обставин, правові наслідки) та з урахуванням специфіки сфери охорони здоров'я охарактеризовано юридичні факти, існуючі у теорії права.

Передумовами виникнення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я визначено систему соціальних цінностей, елементами якої є здоров'я та життя кожної людини.

Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні за напрямом їх розвитку поділено на внутрішньоорганізаційні та зовнішні (зовнішньоорганізаційні).

Здійснено аналіз сучасного стану адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні та виявлено його позитивні і негативні аспекти. Серед позитивних – належне нормативно-правове забезпечення основних складових сфери охорони здоров'я. Водночас прийняття нових правових норм доцільно проводити за попереднім аналізом, що здійснюватиметься спеціально утвореним органом при МОЗ України принаймні на період проведення медичної реформи. В межах реформи фінансування системи охорони здоров'я актуальною залишається належна систематизація нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, насамперед шляхом кодифікації через їх значний обсяг і розгалуженість.

Визначено й охарактеризовано структуру та елементи адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. Під структурою адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я розуміється внутрішній склад правовідносин, що охоплює суб'єкт, об'єкт, зміст правовідносин з приводу організації управління охорони здоров'я у державі.

Суб'єктом адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я є особа, яка має правосуб'єктність для участі в організаційно-управлінських відносинах з охорони здоров'я з метою реалізації публічного інтересу. Наголошено, що зміст сучасних адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я має комплексний характер, оскільки, крім суб'єктів, наділених владними повноваженнями, у цих правовідносинах мають право брати участь суб'єкти, не наділені владними повноваженнями (пацієнти, заклади охорони здоров'я, Рада громадського контролю НСЗУ, спостережна та опікунська рада закладу охорони здоров'я). Запропоновано визначення поняття «пацієнт», під яким розуміється фізична особа, яка замовила медичну послугу для особистих потреб та/або звернулася за медичною допомогою у разі необхідності надання ургентної медичної допомоги. Об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я визначено як результат управління у вигляді отримання позитивного ефекту внаслідок реалізації публічного інтересу щодо охорони здоров'я у державі у формі діяльності суб'єктів у сфері охорони здоров'я. Зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – це система суб'єктивних прав і юридичних обов'язків суб'єктів, що мають правосуб'єктність у сфері охорони здоров'я та реалізують публічний інтерес з охорони здоров'я. Змістом правовідносин охоплюються такі елементи: суб'єктивні права, юридичні обов'язки, повноваження, юридична відповідальність.

Розмежовані приватні та публічні правовідносини охорони здоров'я, залежно від ролі пацієнта. У медичних, цивільних правовідносинах пацієнт є первинним суб'єктом, оскільки приватні правовідносини виникають з моменту звернення пацієнта за отриманням медичної послуги. В адміністративних правовідносинах він є кінцевим суб'єктом – отримувачем ефекту управляючої діяльності державних органів у сфері охорони здоров'я.

Систему принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні визначено як багатокомпонентне ієрархічне утворення структурованих принципів і норм-принципів (закріплених у національному та міжнародному законодавстві) та інших положень у формі

керівних засад та ідей, переважно юридичного, управлінського та медичного характеру, які стосуються функціонування системи охорони здоров'я, зокрема провадження медичної практики та організації роботи медичного персоналу.

Формами забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні є: правові та неправові. Реалізація правових форм призводить до правових наслідків – виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, саме тоді, коли здійснення неправових форм прямо не призводить до юридично значимих наслідків, але сприяє реалізації правових форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я. Окремим видом правових форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні є адміністративно-правові форми, до яких віднесено: діяльність, пов'язану з прийняттям законів та інших нормативно-правових актів, а також виданням актів управління нормативного та індивідуального характерів; підготовку та прийняття юридично-значущих рішень у сфері охорони здоров'я на підставі правових норм; укладення адміністративних договорів; надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я; здійснення інших дій, які мають юридичне значення та тягнуть правові наслідки в межах системи охорони здоров'я.

Під методами забезпечення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні розуміється комплекс неоднорідних засобів, прийомів і способів імперативного та диспозитивного характерів, які застосовуються уповноваженими суб'єктами з метою забезпечення функціонування та прогресивного розвитку сфери охорони здоров'я шляхом прямого та опосередкованого впливу на адміністративно-правові відносини, що виникають у цій сфері.

Досліджено види адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я (реєстраційні, дозвільні, ліцензійні, інспекційні, експертні, контрольні-наглядові процедури, приватизаційні, екзаменаційні, акредитаційні та ін.) та розглянуто порядок їх здійснення. Зроблено висновок, що адміністративні процедури у сфері охорони здоров'я поряд із загальними рисами, характерними для всіх адміністративних процедур, мають власну специфіку, яка переважно

відображається в об'єктах, суб'єктах і змісті таких процедур. Обґрунтовано необхідність уніфікації законодавства щодо здійснення адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я (реєстрація, надання дозволів і ліцензій, інспектування, контроль і нагляд, проведення експертизи тощо).

Обґрунтовано, що основними способами забезпечення законності у сфері охорони здоров'я є контроль і нагляд, які розрізняється за низкою ознак, зокрема суб'єктами та наслідками здійснення обох видів діяльності. Водночас, контроль і нагляд мають спільною метою попередження та виявлення правопорушень у сфері охорони здоров'я, внаслідок чого особи, винні у їх вчиненні, притягуються до юридичної відповідальності. Важливою складовою здійснення наглядової діяльності є участь громадськості у роботі спостережних рад закладів охорони здоров'я.

Обґрунтовано необхідність перегляду обсягів штрафних санкцій за вчинення адміністративних правопорушень у сфері охорони здоров'я в бік збільшення. Запропоновано виокремити адміністративні правопорушення у сфері охорони здоров'я зі складу глав КУпАП у самостійну главу, яка могла б отримати назву «Адміністративні медичні правопорушення».

Доведено, що у більшості зарубіжних країн, чий досвід адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я можна вважати позитивним, здійснюються реформи джерел фінансування системи охорони здоров'я шляхом запровадження загальнообов'язкового медичного страхування або державної системи фінансування в поєднанні з додатковими механізмами фінансування медичної допомоги.

З урахуванням досвіду зарубіжних держав визначено основні заходи для запровадження оптимальної моделі організації системи охорони здоров'я в Україні.

Визначено перспективи модернізації державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні на законодавчому та організаційному рівнях у контексті європейської інтеграції. З метою належного забезпечення і захисту прав пацієнтів запропоновано прийняти Закон України «Про гарантії прав

пацієнта» та запровадити інститут Уповноваженого ВР України з прав пацієнтів. На місцевому рівні запропоновано зобов'язати медичні заклади призначати осіб, відповідальних за дотримання прав пацієнтів.

Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я вбачається можливим завдяки залученню групи міжнародних експертів із представників держав – учасниць ЄС для визначення оптимального механізму переходу до системи загальнообов'язкового державного медичного страхування. Слід переглянути повноваження та статус НСЗУ, а головним критерієм оцінки ефективності реформи має стати не час повноцінного переходу до системи медичного страхування, а рівень забезпечення медичних прав громадян України.

Зазначено, що оптимізація організаційних засад виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я пов'язана з удосконаленням правової основи публічного адміністрування вказаною сферою та має забезпечити вирішення актуальних питань, серед яких: раціоналізація кадрового складу (персоналу) сфери охорони здоров'я; вирішення окремих питань трансплантації анатомічних матеріалів донора-трупа у частині надання дозволу на провадження такої процедури; легалізація поняття «лікарська помилка» та її розмежування з іншими непрофесійними діями лікарів тощо.

Наголошено на необхідності законодавчого розмежування лікарської помилки та відступу від протоколу в процесі лікування пацієнта, встановлення адміністративної відповідальності за такі протиправні вчинки. У зв'язку з цим запропоновано включити відповідні зміни до КУпАП, зокрема доповнити главу 5 статтями 46-3 «Здійснення лікарської помилки» та 46-4 «Відступ від клінічного протоколу лікування».

Обґрунтовано важливість впровадження таких заходів, як: спрощення процедури перереєстрації лікарських засобів; проведення інформаційної політики серед населення щодо необхідності та можливості збереження власного здоров'я за допомогою сучасних медичних технологій, заходів і

способів самостійної охорони та збереження здоров'я та активного дозвілля; удосконалення парламентського контролю за дотриманням прав і свобод людини в сфері охорони здоров'я шляхом запровадження посади омбудсмена в зазначеній сфері.

Ключові слова: адміністративно-правові відносини, сфера охорони здоров'я, пацієнт, медичні працівники, структура, адміністративно-правовий статус, адміністративні процедури, державне управління, адміністративна відповідальність.

SUMMARY

Knysh S. V. Administrative and Legal Relations within Health Care Sector in Ukraine. – Qualifying scientific work as the manuscript.

The dissertation is focused on the comprehensive study of administrative and legal relations in the health care sector in Ukraine.

Administrative and legal relations in the health care sector have been defined as a separate category of legal relations arising in the health care sector with the participation of the central executive agency that implements the policy in this field, and / or other subjects realizing public administration in this field, related to the corresponding rights and obligations, having internal and external organizational nature and aimed at ensuring everyone's right to health care, maintaining the proper level of public health, sanitary and epidemiological well-being of the population, as well as the implementation of state policy in the health care sector in general.

The author has revealed the peculiarities of administrative and legal relations in the health care sector, which derive from the essence of managing activity of the state and correspond to the specialized policy of the state conducted in the said sphere.

It has been clarified that administrative relations in the health care sector differ from all other relations by their content and purpose. It is connected with their power and authoritative character for ensuring the qualitative and effective functioning of the health care system, which has the impact on the completeness of everyone's right to health

care. Herewith, the consequences of the development of administrative and legal relations are reflected on each of the other types of legal relations that take place in the health care sector.

It has been concluded that the content of administrative and legal relations in the health care sector is not reduced to a single aspect, type or direction of activity; they are also different from one another in their content. This is due primarily to the diversity of management activities, the multiplicity of subjects involved in the process, and the levels where they are realized.

According to certain criteria (volitional feature, composition, presence or absence of life circumstances, legal consequences) and taking into account the specifics of the health care sector, the author has characterized the legal facts existing in the theory of law.

The system of social values, the elements of which are the health and life of each person, has been defined as prerequisites for the emergence of administrative and legal relations in the health care sector.

Administrative and legal relations in the health care sector in Ukraine according to the direction of their development have been divided into internal organizational and external (external organizational) ones.

The author has carried out the analysis of the current state of administrative and legal regulation of relations in the health care sector in Ukraine and has revealed its positive and negative aspects. The proper regulatory provision of the main components of the health care sector belongs to positives ones. At the same time, the adoption of new legal norms is advisable to carry out according to the preliminary analysis, which is carried out by a specially formed agency within the Ministry of Health of Ukraine for at least during the period of conducting medical reform. Proper systematization of regulatory acts in the health care sector, first of all, through the codification because of their large volume and ramified structure is urgent within the framework of the financing reform of health care system.

The structure and elements of administrative and legal relations in the health care sector have been defined and characterized. The internal composition of legal relations,

which covers the subject, object, the content of legal relations concerning the organization of health care management in the state, has been understood as the structure of administrative and legal relations in the health care sector.

The subject of administrative and legal relations in the health care sector is a person who has the legal personality to participate in organizational and managerial relations on health care issues for the purpose of the realization of public interest. It has been emphasized that the content of modern administrative and legal relations in the health care sector has a complex nature, since the subjects not having authoritative power (patients, health care institutions, Public Control Council of the National Health Service of Ukraine, Board of Trustees of the Health Care Institution) have the right to participate in these legal relations along with the subjects having authoritative power. The author has offered the definition of the term “patient”, which means an individual who has ordered a medical service for personal needs and / or addressed for medical aid, when necessary to provide urgent medical care. The object of administrative and legal relations in the health care sector has been defined as the result of management in the form of obtaining the positive effect as a result of implementing public interest in regard to health care in the state in the form of subjects’ activity in the health care sector. The content of administrative and legal relations in the health care sector is the system of subjective rights and legal obligations of the subjects having legal personality in the health care sector and realizing public interest within health care. The content of legal relations covers the following elements: subjective rights, legal obligations, powers, legal liability.

Private and public healthcare relations have been differentiated depending on the patient’s role. The patient is the primary subject in medical, civil legal relations, since private legal relations arise from the moment when the patient addresses for medical care. The patient within administrative legal relations is the ultimate subject – the recipient of the effect of the managing activity of public authorities in the health care sector.

The system of principles of administrative and legal provision of relations in the health care sector in Ukraine has been defined as a multi-component hierarchical

formation of structured principles and norms-principles (enshrined in national and international legislation) and other provisions in the form of guiding principles and ideas, mainly of legal, administrative and medical nature relating to the functioning of the health care system, including the practice of medical practice and the organization of work of medical staff.

The forms of ensuring relations in the health care sector in Ukraine are: legal and non-legal. The implementation of legal forms leads to legal consequences – the emergence, change and termination of administrative and legal relations in the health care sector, when the implementation of non-legal forms does not directly lead to legally significant consequences, but promotes the implementation of legal forms of ensuring relations in the health care sector. Administrative and legal forms are considered as a separate type of legal forms of ensuring relations in the health care sector in Ukraine, which include: activities related to the adoption of laws and other regulatory acts, as well as the issuance management acts of regulatory and individual nature; preparation and adoption of legally significant decisions in the health care sector on the basis of legal norms; conclusion of administrative contracts; provision of administrative services in the health care sector; realization of other legal actions that have legal consequences within the health care system.

The methods of ensuring administrative and legal relations in the health care sector in Ukraine are understood as a complex of heterogeneous means, techniques and methods of imperative and dispositive nature, which are used by authorized subjects in order to ensure the functioning and progressive development of the health care sector through direct and indirect influence on administrative and legal relations arising in this sector.

The types of administrative procedures within health care sector (registration, permitting, licensing, inspection, expert, control and supervisory procedures, privatization, examination, accreditation, etc.) have been studied; and the procedure of their implementation has been considered. It has been concluded that administrative procedures in the health care sector, along with the general features specific for all administrative procedures, have their own specificity, which is mainly

reflected in the objects, subjects and content of such procedures. The author has substantiated the necessity of unification of legislation in regard to the implementation of administrative procedures in the health care sector (registration, granting of permits and licenses, inspection, control and supervision, carrying out of examination, etc.).

The author has substantiated that the main ways of ensuring legality in the health care sector are control and supervision, which differ by a number of features, in particular by the subjects and consequences of realizing both types of activities. At the same time, control and supervision have the common purpose of preventing and detecting offenses in the health care sector, as a result the perpetrators responsible for their commission are brought to legal responsibility. The important component of implementing the supervisory activity is the participation of public in the work of the supervisory boards of healthcare institutions.

The author has substantiated the necessity of revising the volume of penalties for committing administrative offenses in the health care sector for its increasing. The author has offered to set apart administrative offenses in the health care sector from the Sections of the Code of Ukraine on Administrative Offenses into a separate Section, which could be called “Administrative Medical Offenses”.

It has been proved that most foreign countries, whose experience of administrative and legal regulation of relations within health care sector can be considered as positive, realize reforms of financing sources of the health care system by the introduction of compulsory health insurance or the state financing system in combination with additional mechanisms of financing medical care.

Taking into account the experience of foreign countries, the author has defined the main measures taken to introduce an optimal model of the organization of the health care system in Ukraine.

Perspectives of the modernization of public administration in the health care sector in Ukraine at the legislative and organizational levels in the context of the European integration have been defined. In order to ensure and protect the patients' rights in a proper way, the author has offered to adopt the Law of Ukraine “On the

Guarantees of Patients' Rights" and to introduce the Institution of the Ombudsperson of Verkhovna Rada of Ukraine on Patients' Rights. It has been offered to oblige medical institutions to appoint persons responsible for keeping patients' rights at the local level.

Improvement of public administration in the health care sector seems to be possible through the involvement of a group of international experts from the EU Member States to determine the optimal mechanism for transition to compulsory public health insurance system. The authority and status of the National Health Service of Ukraine should be reviewed and the main criterion for assessing the effectiveness of the reform should be the level of ensuring the medical rights of Ukrainian citizens, but not the time of full transition to the health insurance system.

It has been stated that the optimization of organizational principles of the emergence, change and termination of administrative and legal relations in the health care sector is related to the improvement of the legal basis of public administration in the specified sphere and should provide the solution of urgent issues, including: rationalization of the personnel of the health care sector; resolving specific issues of transplantation of anatomical materials from a donor corpse in terms of granting permission to carry out such a procedure; legalization of the concept of "medical error" and its differentiation with other unprofessional actions of physicians, etc.

The author has emphasized the necessity of legislative delineation of medical error and deviation from the protocol in the course of patients' treatment, establishment of administrative liability for such unlawful acts. In this regard, it has been offered to introduce the relevant amendments into the Code of Ukraine on Administrative Offenses, in particular to supplement the Section 5 with the Articles 46-3 "Making a Medical Error" and 46-4 "Deviation from the Clinical Treatment Protocol".

The author has substantiated the importance of introducing such measures as: simplifying re-registration procedure of medicinal products; conduction of information policy among the population on the need and possibility of preserving their own health with the help of modern medical technologies, measures and

methods of self-protection, preservation of health and active leisure; improvement of parliamentary control over human rights and freedoms in the health care sector through the introduction of the Ombudsman's position in the specified area.

Key words: administrative and legal relations, health care sector, a patient, medical employees, structure, administrative and legal status, administrative procedures, public administration, administrative liability.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

Монографія:

1. Книш С. В. Відносини у сфері охорони здоров'я в Україні: адміністративно-правовий аспект: моногр. Київ: Освіта України, 2019. 443 с.

Статті у наукових фахових виданнях України:

2. Книш С. В. Загальна характеристика підстав виникнення та розвитку адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2017. Вип. 1. Том 2. С. 61–67.

3. Книш С. В. Окремі аспекти вдосконалення адміністративної відповідальності за правопорушення у сфері охорони здоров'я України. *Юридичний бюлетень*. 2017. Вип. 5. С. 141–146.

4. Книш С. В. Правове забезпечення фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. *Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ*. 2018. № 3 (82). С. 65–73.

5. Книш С. В. Юридична відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я в Україні. *Право і безпека*. 2018. № 4. С. 43–49.

6. Книш С. В. Санітарно-епідемічне благополуччя населення як об'єкт контролюючо-наглядової діяльності. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2018. Вип. 4 (25). Т. 3. С. 29–31.

7. Книш С. В. Специфіка адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я (на прикладі реєстраційних і дозвільних процедур). *Південноукраїнський правничий часопис*. 2018. № 4. Ч. 2. С. 48–51.

8. Книш С. В. Загальна характеристика системи принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Порівняльно-аналітичне право*. 2018. № 6. С. 237–240.

9. Книш С. В. Аналіз сучасного стану адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2018. Вип. 6. Т. 2. С. 72–75.

10. Книш С. В. Врегулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я в Україні адміністративно-правовими засобами. *Вісник Маріупольського державного університету*. Серія: Право. Маріуполь: МДУ, 2018. Вип. 16. С. 45–52.

11. Книш С. В. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в умовах реалізації медичної реформи. *Наука і правоохорона*. 2019. № 1. С. 65–72.

12. Книш С. В. Актуальні проблеми розвитку адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я (в умовах реформи). *Вісник Маріупольського державного університету*. Серія: Право. 2019. Вип. 17. С. 8–14.

13. Книш С. В. Види форм забезпечення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Журнал східноєвропейського права*. 2019. № 60. С. 64–70.

14. Книш С. В. Поняття об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія «Юриспруденція». 2019. № 38. С. 67–70.

15. Книш С. В. Деякі теоретичні аспекти сутності адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2019. Вип. 1. Т. 1 С. 147–152.

16. Книш С. В. Загальна характеристика зовнішніх адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я: поняття та ознаки. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. Вип. 1(26). С. 140–144.

17. Книш С. В. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та європерспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. Київ, 2019. № 1(17). С. 54–60.

18. Книш С. В., Теремецький В. І. Розмежування адміністративних і цивільних правовідносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Право і державне управління*. 2019. № 2. Т. 5. С. 47–53.

Статті в періодичних наукових виданнях, що індексуються БД Scopus:

19. Теремецький В. И., Музычук А. Н., Салманова Е. Ю., Казначеева Д. В., Книш С. В. Укрепление договорных начал в правоотношениях между пациентом и лечебным заведением при реформировании системы здравоохранения в Украине. *Georgian Medical News*. 2018. № 11. С. 155–159.

20. Книш С. В., Одерий А. В., Сарана С. В., Айрапетян А. С., Бова Є. Ю. Соотношение индивидуального и общего интереса в медицинских правоотношениях. *Georgian Medical News*. 2018. № 7–8. С. 134–139.

21. Teremetskyi V.I., Knysh S.V., Stratonov V.M., Khramtsov O.M., Stashchak M.V. Organizational and Legal Determinants of Implementing International Experience in the Health Care Sector of Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2019, T. 72. № 4. P. 711–715.

22. S.V. Knysh, S.M. Gusarov, N.L. Shelukhin, I. F. Kharaberiush, V. R. Bila. Modernization of State Administration System in the Health Care Sphere of Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2019, T. 72. № 5. Cz. I. P. 887–891.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

23. Книш С. В. Інтерес як засіб розмежування публічних та приватних правовідносин у сфері охорони здоров'я. *Проблеми та стан дотримання захисту прав людини в Україні: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 17–18 серпня 2018 р.)*. Львів: Західноукраїнська організація «Центр правничих ініціатив», 2018. С. 65–68.

24. Книш С. В. Міжнародні засади в системі принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я: загальна характеристика. Сучасні проблеми правового, економічного та соціального

розвитку держави: тези доп. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Харків, 30 листопада 2018 р.). Харків: ХНУВС, 2018. С. 54–56.

25. Книш С. В. Право на охорону здоров'я в Загальній декларації прав людини. Збірник тез круглого столу, присвяченого 70-й річниці прийняття Загальної декларації прав людини: збірник тез (м. Київ, 14 груд. 2018 р.). К.: ДНДІ МВС України, 2018. С. 91–94.

26. Книш С. В. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Польщі: позитивний досвід для України. Держава і право в умовах глобалізації: реалії та перспективи: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 1-2 лютого 2019 р.). Дніпро: ГО «Правовий світ», 2019. С. 47–49.

27. Книш С. В. Інспекційні процедури як вид адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я. Верховенство права у процесі державотворення та захисту прав людини в Україні: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 8-9.02.2019). Одеса: ГО «Причорноморська фундація права». 2019. С. 60–62.

28. Книш С. В. Непрямі методи забезпечення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. Право як ефективний суспільний регулятор: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 15-16 лютого 2019 р.). Львів: Західноукраїнська організація «Центр правничих ініціатив», 2019. С. 77–78.

29. Книш С. В. Окремі питання здійснення контрольної-наглядової діяльності у сфері охорони здоров'я. Вплив юридичної науки на розвиток міжнародного та національного законодавства: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Харків, 15-16 лютого 2019 р.). Харків: ГО «Асоціація аспірантів-юристів», 2019. С. 30–32.

30. Книш С. В. Види контролю у сфері охорони здоров'я в Україні. Правове забезпечення політики держави на сучасному етапі її розвитку. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Харків, 1–2 березня 2019 р.). Х.: Східноукраїнська наукова юридична організація, 2019. С. 53–56.

31. Книш С. В. Трудові та публічно-службові правовідносин у процесі адміністрування сферою охорони здоров'я: проблеми співіснування. Міжнародне

та національне законодавство: способи удосконалення: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 29–30 березня 2019 р.). Дніпро: ДГУ, 2019. С. 97–100.

32. Книш С. В. Правова природа відносин у сфері охорони здоров'я. Теорія та практика сучасної юриспруденції: матеріали XIX Всеукраїнської наукової конференції. Х.: Асоціація випускників НЮУ ім. Ярослава Мудрого (м. Харків, 30 березня 2019 р.). Харків, 2019. С. 193–195.

33. Книш С. В. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я в Україні. Україна в умовах реформування правової системи: сучасні реалії та міжнародний досвід: матеріали IV міжнар. наук.-практ. конф. (м. Тернопіль, 5-6 квітня 2019 р.). Тернопіль: Економічна думка, 2019. Т. 1. С. 42–45.

34. Книш С. В. Польський досвід удосконалення функціонування системи охорони здоров'я (правовий аспект). Євроінтеграція: польський досвід і українські перспективи: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (12 квітня 2019 р., м. Одеса). Одеса: МГУ, 2019. С. 104–110.

35. Книш С. В. Проблеми адміністративно-правового регулювання відносин у сфері сурогатного материнства в Україні. Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (12 квітня 2019 р., м. Ужгород). Ужгород: Олександрі Гаркуші, 2019. С. 78–80.

36. Книш С. В. Особистість лікаря крізь призму реформування сфери охорони здоров'я. Особистість, суспільство, закон: тези доп. учасників міжнар. наук.-практ. конф. (25 квітня 2019 р., м. Харків). Харків: ХНУВС, 2019. С. 62–65.

37. Теремецький В. І., Книш С. В. Адміністративно-правове забезпечення медичних гарантій в контексті реформи охорони здоров'я в Україні. «Особенности адаптации законодательства Молдовы и Украины»: междунар. науч.-практ. конф. (23-24 марта 2019, г. Кишинев). Кишинев, 2019. С. 108–111.

38. Книш С. В. Державна політика у сфері охорони здоров'я. Правова доктрина: міжнародний досвід та практична реалізація в Україні: матер. міжнар. наук.-практ. конф. (22 травня 2019 р., м. Маріуполь). Маріуполь: МДУ, 2019. С. 218–220.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	22
ВСТУП.....	23
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИХ ВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	36
1.1. Поняття, ознаки та особливості адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.....	36
1.2. Загальна характеристика підстав виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.....	54
1.3. Проблеми розмежування адміністративних та інших правовідносин, що виникають у сфері охорони здоров'я в Україні.....	71
1.4. Види адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні: проблеми класифікації.....	97
1.4.1. <i>Поняття та особливості внутрішньоорганізаційних адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.....</i>	<i>100</i>
1.4.2. <i>Сутність та особливості зовнішніх адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.....</i>	<i>109</i>
1.5. Сучасний стан адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні.....	114
Висновки до розділу 1.....	132
 РОЗДІЛ 2. СТРУКТУРА АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИХ ВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	136
2.1. Поняття структури адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні та загальна характеристика їх елементного складу.....	136
2.2. Система суб'єктів, які наділені владними повноваженнями з питань охорони здоров'я, та особливості їх адміністративно-правового статусу.....	154

2.2.1. Держава та уповноважені нею органи як суб'єкти адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.....	154
2.2.2. Органи місцевого самоврядування як суб'єкти адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.....	166
2.2.3. Особливості адміністративно-правового статусу інших суб'єктів, які наділені владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я в Україні...	176
2.3. Характеристика суб'єктів адміністративно-правових відносин, які не наділені владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я в Україні.....	185
2.4. Об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні.....	293
2.5. Зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні.....	218
Висновки до розділу 2.....	234

РОЗДІЛ 3. АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....238

3.1. Система принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні.....	238
3.2. Поняття та види адміністративно-правових форм і методів забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні.....	252
3.3. Адміністративні процедури у сфері охорони здоров'я та особливості їх реалізації.....	271
3.4. Контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я в Україні.....	298
3.5. Адміністративна відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я в Україні.....	320
Висновки до розділу 3.....	333

РОЗДІЛ 4. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИХ ВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....337

4.1. Зарубіжний досвід адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я та можливості його використання в Україні.....	337
4.2. Модернізація державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції.....	352
4.3. Удосконалення адміністративного законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні.....	370
4.4. Оптимізація організаційних засад виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.....	385
Висновки до розділу 4.....	408
ВИСНОВКИ.....	410
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	423
ДОДАТКИ.....	480

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ГК України – Господарський кодекс України

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

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

Держсанепідемслужба – Державна санітарно-епідеміологічної служба України

ЄС – Європейський Союз

ЄСПЛ – Європейський суд з прав людини

Закон № 2801-ХІІ – Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

Закон № 2168-VІІІ – Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»

ЗВО – Заклад вищої освіти

Кабмін України – Кабінет Міністрів України

КАС України – Кодекс адміністративного судочинства

КЗпП України – Кодекс законів про працю України

КК України – Кримінальний кодекс України

КПК України – Кримінальний процесуальний кодекс України

КУпАП – Кодекс України про адміністративні правопорушення

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

МВС України – Міністерства внутрішніх справ України

Наказ № 503 – Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» від 19.03.2018 № 503

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ООН – Організація об'єднаних націй;

ЦК України – Цивільний кодекс України

ЦГЗ – Центр громадського здоров'я МОЗ України

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. У рейтингах Всесвітньої організації охорони здоров'я Україна традиційно посідає нижні місця, що обумовлено комплексним характером проблем вітчизняної сфери охорони здоров'я. Для виправлення негативних тенденцій і мінімізації дестабілізуючих факторів в Україні було розпочато реформу фінансування охорони здоров'я. Законодавчі новації були неоднозначно сприйняті політиками, фахівцями та громадськістю з огляду на те, що основну увагу було приділено зміні процедур фінансування системи охорони здоров'я. Водночас акцент на зміні «філософії» відносин у сфері охорони здоров'я лишився поза увагою. До цього слід також додати, що ефективність реформи вимірюється результатами її впровадження, чого не можна сказати про реформу фінансування охорони здоров'я. Це пояснюється її триваючим характером, а також тим, що трансформацій зазнали лише окремі складові національної системи охорони здоров'я.

Недореформованість системи охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку української держави призводить до прямого порушення статті 3 Конституції України, якою проголошено, що людина, її життя та здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Замість цього реформою утворено своєрідний правовий вакуум, який не дозволяє громадянам України належно реалізовувати свої права у сфері охорони здоров'я. Це стосується таких напрямів: підписання декларації з лікарем про медичне обслуговування; забезпечення безоплатними лікарськими засобами; статус і майбутнє відомчої медицини; трансплантація анатомічних матеріалів людини; організація медичної допомоги в сільській місцевості; впровадження електронної медицини тощо.

Вбачається, що відсутність стратегічного визначення оптимальних шляхів досягнення кінцевого результату медичної реформи в Україні разом із втратою актуальності досягнень теоретиків, чий науковий доробок був спрямований на «стару» систему охорони здоров'я, обумовлює потребу комплексного наукового

опрацювання теоретико-правових та організаційних аспектів формування нової генерації відносин у сфері охорони здоров'я.

Теоретичним підґрунтям дисертаційного дослідження стали праці таких учених, як В. Б. Авер'янов, Ю. П. Битяк, В. В. Галуцько, Р. В. Ігонін, С. В. Ківалов, Т. О. Коломоєць, В. К. Колпаков, О. Ф. Скакун, В. І. Теремецький та інших вітчизняних науковців, завдяки здобуткам яких вдалося сформулювати низку авторських визначень, класифікацій і пропозицій, що мають теоретичне та практичне значення.

Окремі аспекти публічного адміністрування сферою охорони здоров'я були предметом досліджень таких учених, як О. Ф. Адамчук, В. О. Галай, З. С. Гладун, Б. О. Логвиненко, Г. М. Сарібаєва, С. Г. Стеценко, Я. Ф. Радиш та інших, що дозволило охарактеризувати правовідносини у сфері охорони здоров'я в Україні.

Вирішенню проблем окремих складових медичної сфери приділяли увагу Н. Б. Болотіна, І. Г. Буряк, Р. Ю. Гревцова, А. М. Маркіна, О. М. Пелагеша, В. І. Олефір, Я. М. Шатковський та інші науковці, що сприяло визначенню особливостей відносин у сфері охорони здоров'я в Україні.

Питанням упровадження медичного страхування присвятили увагу А. В. Кириченко, В. М. Пашков, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта та інші фахівці, що дозволило окреслити перспективні напрями вдосконалення адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я.

Після схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я у 2016 році дослідженням питань правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я займалися: Л. М. Руснак «Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні» (Київ, 2016 р.); Б. О. Логвиненко «Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика» (Київ, 2017 р.); А. М. Маркіна «Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні» (Київ, 2018 р.); Г. М. Сарібаєва «Адміністративно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я: теоретико-правові засади систематизації нормативно-правових актів»

(Запоріжжя, 2019 р.); О. Г. Стрельченко «Публічне адміністрування у сфері обігу лікарських засобів» (Дніпро, 2019 р.).

Однак, незважаючи на існуючі дослідження, присвячені окремим інститутам і системі охорони здоров'я України загалом, інтенсифікація медичної реформи вимагає акцентуації наукових пошуків, спрямованих на поліпшення правового забезпечення подальшої реалізації змін у системі фінансування охорони здоров'я. Тому актуальності набуває вивчення адміністративно-правових засобів впливу на суспільні відносини у сфері охорони здоров'я в Україні.

Таким чином, переосмислення вихідних засад і завдань системи охорони здоров'я в Україні обумовлює актуальність досліджуваної проблематики, адже врегулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я адміністративно-правовими засобами крізь призму триваючої реформи фінансування системи охорони здоров'я є невід'ємною умовою розбудови правової держави в Україні та її наближення до високих стандартів Європейського Союзу.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження спрямоване на реалізацію положень Пріоритетних тематичних напрямів наукових досліджень і науково-технічних розробок на період до 2020 р., затверджених Постановою Кабінету Міністрів України від 07.09.2011 № 942, Стратегії розвитку наукових досліджень Національної академії правових наук України на 2016–2020 рр., схвалених постановою загальних зборів Національної академії правових наук України від 03.03.2016 р., Національної стратегії сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні на 2016–2020 рр., затвердженої Указом Президента України від 26.02.2016 № 68/2016, Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років, Концепції розвитку системи громадського здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р., Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р, Плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони

здоров'я на період до 2020 року, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15.11.2017 № 821-р., Пріоритетних напрямів наукових досліджень Університету сучасних знань на 2017–2022 рр. (протокол Вченої ради Університету сучасних знань № 3 від 08.12.2016 р.).

Мета і задачі дослідження. Метою дисертаційної роботи є вивчення концептуальних уявлень та розробка авторської парадигми сучасних адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні, а також визначення шляхів удосконалення їх адміністративно-правового забезпечення. Для досягнення поставленої мети в дисертації необхідно вирішити такі основні задачі:

- розкрити сутність адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я;
- виявити проблеми та уточнити критерії розмежування адміністративних та інших правовідносин, що виникають у сфері охорони здоров'я в Україні;
- визначити основні підходи до класифікації адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні за напрямом їх розвитку;
- охарактеризувати сучасний стан адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні;
- сформулювати поняття та надати загальну характеристику елементному складу структури адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні;
- розкрити систему та особливості адміністративно-правового статусу суб'єктів, які наділені владними повноваженнями з питань охорони здоров'я;
- охарактеризувати суб'єктів адміністративно-правових відносин, які не наділені владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я в Україні;
- визначити об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні;
- розкрити зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні та його особливості;

- розглянути систему принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні;
- визначити поняття та види адміністративно-правових форм і методів забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні;
- охарактеризувати адміністративні процедури у сфері охорони здоров'я та особливості їх реалізації;
- розкрити способи забезпечення законності у сфері охорони здоров'я в Україні;
- узагальнити зарубіжний досвід адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я та розглянути можливість його використання в Україні;
- визначити перспективи модернізації державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні на законодавчому та організаційному рівнях у контексті європейської інтеграції.

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

Предмет дослідження становлять адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні.

Методи дослідження. Методологічною основою дисертації є сукупність загальнонаукових та спеціально-правових методів наукового пізнання, застосування яких зумовлене метою, завданнями, специфікою предмета й об'єкта дослідження.

Діалектичний метод становить методологічну основу дисертації та застосований при з'ясуванні сучасного стану адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні, а також визначення перспектив його подальшого розвитку та вдосконалення (підр. 1.1, 1.2, 1.5, 4.3, 4.4). За допомогою формально-логічного методу сформульовано теоретичні положення дисертації, зокрема її категоріальний апарат (підр. 1.1, 1.2, 1.3, 2.4, 2.5, 3.1, 3.2). Завдяки статистичному та системно-структурному методам здійснено класифікацію принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері

охорони здоров'я в Україні та системи суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні (підр. 2.2, 2.3, 3.1). Метод структурно-функціонального аналізу дав змогу розмежувати правовідносини, що виникають у сфері охорони здоров'я в Україні та визначити підстави їх виникнення, зміни та припинення (підр. 1.2, 1.4). Використання методів аналізу та синтезу дозволило з'ясувати сутність адміністративно-правових способів забезпечення законності у сфері охорони здоров'я в Україні (підр. 3.3, 3.4, 3.5). Аксиологічний метод сприяв визначенню перспектив модернізації державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції (підр. 4.2). За допомогою герменевтичного методу визначено можливості використання в Україні зарубіжного досвіду адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я (підрозділ 4.1). Застосування методу правового моделювання дозволило розробити ряд пропозицій, спрямованих на вдосконалення наукових поглядів щодо оптимізації організаційних засад виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я (підр. 4.4). Порівняльно-правовий метод використано при аналізі зарубіжного досвіду адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я та можливості його використання в Україні (підр. 4.1). Методи узагальнення та прогнозування застосовані у процесі формулювання висновків до розділів і загальних висновків до роботи загалом. Метод доктринального аналізу дав можливість встановити найбільш проблемні аспекти застосування заходів адміністративної відповідальності (підр. 3.5). За допомогою методів емпіричного дослідження (спостереження, узагальнення, порівняння, опитування, вивчення документів тощо) отримано точні та достовірні дані щодо напрямів удосконалення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні (розділ 4).

Нормативну основу дослідження становлять Конституція України, Угода про асоціацію між Україною та ЄС, міжнародні правові акти у сфері охорони здоров'я, закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській

місцевості», акти національного законодавства, які регулюють відносини у сфері охорони здоров'я.

Інформаційною та емпіричною основою дослідження стали результати рейтингових звітів міжнародних організацій у сфері охорони здоров'я, політико-правова публіцистика, статистичні та аналітичні матеріали, довідкові видання, Інтернет-ресурси тощо.

Наукова новизна одержаних результатів визначається тим, що у дисертації комплексно, з використанням сучасних методів пізнання, урахуванням новітніх досягнень юридичної науки та практики публічного адміністрування визначено сутність та розкрито особливості трансформації відносин у сфері охорони здоров'я відповідно до концепції реформування національної системи охорони здоров'я в Україні. У результаті проведеного дослідження сформульовано низку нових концептуальних наукових положень та висновків, що характеризуються науковою новизною:

вперше:

– запропоновано авторських підхід до визначення особливостей адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, що дозволило сформулювати їх поняття та виокремити основні ознаки;

– розкрито зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні, особливість якого полягає у наявності уповноваженого суб'єкта, а також публічного інтересу у вигляді охорони громадського здоров'я, який є якісним елементом змісту вказаних відносин;

– розкрито особливості розуміння об'єкта правовідносин у сфері охорони здоров'я, а саме доведено, що цивільно-правовий підхід звужує зміст об'єкта та застосовується щодо приватних відносин між пацієнтом і медичним працівником (надання медичної послуги, медичне втручання, біомодифікація, косметологія), а адміністративно-правовий – є більш широким за рахунок включення до його структури двох елементів: поведінки суб'єктів управління та громадського здоров'я;

– розкрито зміст публічного (задоволення потреб суспільства в охороні здоров'я, зокрема, шляхом створення спеціалізованих органів виконавчої влади та формування відповідної державної політики) та приватного (задоволення потреб індивідуального суб'єкта шляхом здійснення дій щодо охорони власного здоров'я) інтересу у сфері охорони здоров'я задля удосконалення систематизації законодавства та запобігання дублювання нормативних актів за предметом правового регулювання;

– розроблено концепцію домінування у сфері охорони здоров'я публічного інтересу над індивідуальним, для якої характерно: 1) виникнення адміністративних правовідносин у сфері охорони здоров'я не за ініціативою пацієнта, а з моменту задоволення публічного інтересу в побудові системи управління охорони здоров'я; 2) формування публічного інтересу в медичних правовідносинах як сукупності індивідуальних (приватних) інтересів осіб у сфері охорони здоров'я; 3) наявність мети, що полягає в забезпеченні суспільного здоров'я шляхом його зміцнення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного і працездатного віку і заохочення здорового способу життя;

– виявлено специфіку пацієнта як суб'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я: 1) звернення пацієнта не є підставою для виникнення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я; 2) на відміну від цивільних (приватних) правовідносин пацієнт не є первинним суб'єктом; 3) пацієнт є кінцевим суб'єктом – отримувачем ефекту управляючої діяльності суб'єктів владних повноважень у сфері охорони здоров'я.

– запропоновано авторське розуміння об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні, як результату управлінської діяльності у вигляді позитивного стану громадського здоров'я внаслідок реалізації публічного інтересу у сфері охорони здоров'я;

– доведено, що система принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні складається з таких елементів, як: загальноправові принципи, принципи адміністративного права, принципи

державного управління, принципи охорони здоров'я, міжнародні принципи у сфері охорони здоров'я;

удосконалено:

– розуміння критеріїв і проблем розмежування адміністративних та інших правовідносин, що виникають у сфері охорони здоров'я в Україні, та доведено, що адміністративно-правові відносини у цій сфері відрізняються від усіх інших відносин своїм змістом та призначенням, спрямованим на реалізацію основоположних прав кожної особи на охорону здоров'я;

– класифікацію адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні за напрямом їх розвитку на внутрішньоорганізаційні та зовнішні (зовнішньоорганізаційні), що сприятиме диференціації адмініструючого впливу на систему охорони здоров'я;

– систему та особливості адміністративно-правового статусу суб'єктів, наділених владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я, якими визначено державу та уповноважені нею органи, органи місцевого самоврядування та інші суб'єкти (НСЗУ, Держлікслужба);

– характеристику суб'єктів адміністративно-правових відносин, не наділених владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я в Україні, до яких віднесено пацієнтів, заклади охорони здоров'я, Раду громадського контролю НСЗУ, спостережні та опікунські ради закладів охорони здоров'я;

– визначення понять та видів адміністративно-правових форм і методів забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. Під формами розуміються нормативно-визначені прояви зовнішньої діяльності суб'єктів владних повноважень у сфері охорони здоров'я, що спрямовані на реалізацію поставлених перед відповідними суб'єктами завдань, які мають правовий та/або організаційний характер, та призводять до настання юридичних наслідків або здійснення юридично-значущих дій; під методами – комплекс неоднорідних засобів, прийомів і способів імперативного та диспозитивного характерів, які застосовуються уповноваженими суб'єктами з метою забезпечення функціонування та прогресивного розвитку сфери охорони здоров'я шляхом

прямого та опосередкованого впливу на адміністративно-правові відносини, що виникають у цій сфері;

– особливості реалізації адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я, специфіка яких відображається в об'єктах, суб'єктах і змісті цих процедур;

дістали подальшого розвитку:

– наукові положення щодо імплементації доктрини «людиноцентризму» у площину адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я;

– розуміння повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, шляхом виокремлення нових функцій, серед яких автономізація закладів охорони здоров'я, що належать територіальній громаді на праві комунальної власності, утворення спостережних та опікунських рад при закладах охорони здоров'я на відповідній території тощо;

– характеристика сучасного стану адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні з визначенням позитивних та негативних рис;

– теоретичні уявлення та підходи щодо способів забезпечення законності у сфері охорони здоров'я в Україні та розмежування суб'єктів здійснення контрольної-наглядової діяльності;

– пропозиції щодо узагальнення зарубіжного досвіду адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я та можливості його використання в Україні із визначенням переваг і недоліків зарубіжних охороноздоровчих систем;

– виокремлення основних векторів модернізації державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні на законодавчому (забезпечення прийняття Закону України «Про гарантії прав пацієнта»), організаційному (запровадження інституту Уповноваженого Верховної Ради України з прав пацієнта) та локальному (зобов'язання медичних закладів призначати осіб, відповідальних за дотримання прав пацієнтів) рівнях у контексті європейської інтеграції.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що їх може бути використано:

– в науково-дослідній сфері – як підґрунтя для подальших досліджень і вирішення теоретико-правових питань, пов'язаних з удосконаленням правового регулювання у сфері охорони здоров'я в Україні (довідка про впровадження результатів дисертаційного дослідження у науково-дослідну діяльність Науково-дослідного інституту публічного права від 12.03.2019 р.);

– у правотворчій сфері – під час розробки і вдосконалення нормативно-правових актів, за допомогою яких здійснюється правове забезпечення реформування системи охорони здоров'я в Україні;

– у правозастосовній сфері – для вдосконалення практичної діяльності суб'єктів, які здійснюють свої повноваженнями у сфері охорони здоров'я в Україні (довідка про впровадження результатів дисертаційного дослідження в практичну діяльність КП «Волинське обласне дитяче територіальне об'єднання» м. Луцька від 19.02.2018 р.);

– в освітньому процесі – під час підготовки підручників і навчальних посібників з дисциплін «Адміністративне право», «Медичне право», «Актуальні проблеми адміністративного права і адміністративного процесу», а також на курсах підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників та осіб, які займають керівні посади в закладах охорони здоров'я (акт впровадження результатів дисертаційного дослідження у навчальний процес Університету сучасних знань від 17.10.2018).

Особистий внесок здобувача. Усі наукові положення, висновки та пропозиції, що виносяться на захист, ґрунтуються на власних дослідженнях. Наукові положення, що належать співавторам публікацій за темою дисертації, використано з посиланнями. У статті «Розмежування адміністративних і цивільних правовідносин у сфері охорони здоров'я в Україні», підготовленій спільно з В. І. Теремецьким, визначено критерії розмежування адміністративних і цивільних правовідносин у сфері охорони здоров'я, що необхідно для здійснення ефективного регулювання обох видів правових відносин. У науковій

статті «Укрепление договорных начал в правоотношениях между пациентом и лечебным заведением при реформировании системы здравоохранения в Украине», підготовленій у співавторстві, розкрито основні теоретико-практичні проблеми, що виникли при введенні договірної регуляції правовідносин між пацієнтом і лікувальним закладом. У науковій статті «Соотношение индивидуального и общего интереса в медицинских правоотношениях», підготовленій у співавторстві, визначено зміст і співвідношення індивідуального та загального інтересу в медичних правовідносинах в Україні. У науковій статті «Organizational and Legal Determinants of Implementing International Experience in the Health Care Sector of Ukraine», підготовленій у співавторстві, вивчені існуючі моделі організації системи охорони здоров'я у провідних зарубіжних країнах та обґрунтовані можливості впровадження найбільш оптимальної з них в Україні. У науковій статті «Modernization of State Administration System in the Health Care Sphere of Ukraine», підготовленій у співавторстві, досліджено особливості державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні та надано практичні рекомендації щодо його вдосконалення з урахуванням євроінтеграційних процесів. У науковій публікації «Адміністративно-правове забезпечення медичних гарантій в контексті реформи охорони здоров'я в Україні», підготовленій спільно з В. І. Теремецьким, визначено критерії, що мають стати основою для розробки програми медичних гарантій надання безоплатних медичних послуг.

Апробація результатів дисертації. Результати дослідження оприлюднено на таких міжнародних, всеукраїнських науково-практичних конференціях і круглих столах: «Проблеми та стан дотримання захисту прав людини в Україні» (м. Львів, 17–18 серпня 2018 р.); «Сучасні проблеми правового, економічного та соціального розвитку держави» (м. Харків, 30 листопада 2018 р.); круглому столі, присвяченому 70-й річниці прийняття Загальної декларації прав людини, (м. Київ, 14 груд. 2018 р.); «Держава і право в умовах глобалізації: реалії та перспективи» (м. Дніпро, 1-2 лютого 2019 р.); «Верховенство права у процесі державотворення та захисту прав людини в Україні» (м. Одеса, 8-9 лютого

2019 р.); «Право як ефективний суспільний регулятор» (м. Львів, 15-16 лютого 2019 р.); «Вплив юридичної науки на розвиток міжнародного та національного законодавства» (м. Харків, 15-16 лютого 2019 року); «Правове забезпечення політики держави на сучасному етапі її розвитку» (м. Харків, 1–2 березня 2019 р.); «Міжнародне та національне законодавство: способи удосконалення» (м. Дніпро, 29–30 березня 2019 р.); Всеукраїнській науковій конференції «Теорія та практика сучасної юриспруденції» (м. Харків, 30 березня 2019 р.); «Україна в умовах реформування правової системи: сучасні реалії та міжнародний досвід» (м. Тернопіль, 5-6 квітня 2019 р.); «Євроінтеграція: польський досвід і українські перспективи» (м. Одеса, 12 квітня 2019 р.); «Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я» (м. Ужгород, 12 квітня 2019 р.); «Особистість, суспільство, закон» (м. Харків, 25 квітня 2019 року); «Особенности адаптации законодательства Молдовы и Украины» (г. Кишинев, 23-24 марта 2019 г.); «Правова доктрина: міжнародний досвід та практична реалізація в Україні» (м. Маріуполь, 22 травня 2019 р.).

Публікації. Основні положення та висновки дисертації викладено у 38 наукових публікаціях, серед яких одноосібна монографія, 18 статей, опублікованих у наукових фахових виданнях України, включених до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus International (Республіка Польща), 4 статті – у наукових періодичних виданнях інших держав, які індексуються в міжнародній наукометричній базі даних Scopus), та 16 тез наукових повідомлень на науково-практичних конференціях і круглих столах.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається з основної частини (вступу, чотирьох розділів, які включають дев'ятнадцять підрозділів, висновків), списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг дисертації становить 494 сторінки. Список використаних джерел налічує 567 найменувань і займає 57 сторінок, додатки викладено на 14 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИХ ВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1.1. Поняття, ознаки та особливості адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я

Формування та розвиток суспільства обумовили виникнення численних зв'язків між його суб'єктами (індивідами) з приводу конкретних об'єктів у різних суспільно-важливих сферах: економічній, політичній, правовій, соціальній, духовній. Кожній із зазначених сфер притаманні власні об'єкти, залежно від яких має місце той чи інший вид правовідносин. Наприклад, якщо відносини стосуються виробництва, реалізації та споживання товарів – це виробничі відносини, які виникають і розвиваються в економічній площині [552, с. 3–4], а якщо вони врегульовані нормами права, тобто стають предметом правового регулювання, такі відносини називаються правовими [55, с. 97].

Правові норми також справедливо вважаються одним із найефективніших регуляторів суспільних відносин, засобом їх упорядкування та підтримання правопорядку як у межах території кожної окремої країни, так і на міжнародному рівні. Як слушно відзначає М. М. Шумило: «правовідносини є основою права, оскільки право, яке не має механізму реалізації, позбавлене сенсу свого існування. Цінність права полягає в тому, що воно є регулятором не будь-яких суспільних відносин, а найважливіших відносин, від яких залежить життєдіяльність держави в цілому та людини зокрема» [545, с. 39]. Тому категорія правовідносин є однією з центральних в юриспруденції, а звідси і предметом дослідження фундаментальної правової науки – загальної теорії права.

В юридичній літературі правовідносини розуміються як «суспільні відносини, які є юридичним виразом фактичних суспільних відносин, де одна сторона на основі правових норм вимагає від іншої сторони виконання певних дій або утримання від них, а інша сторона повинна виконати ці вимоги, що охороняються державою» (М. В. Цвік, О. В. Петришин, Л. В. Авраменко та ін.) [123, с. 335]; «врегульовані нормами права і забезпечувані державою вольові суспільні відносини, що виражаються в конкретному зв'язку між суб'єктами – правомочними (носіями суб'єктивних прав) і зобов'язаними (носіями обов'язків)» (О. Ф. Скакун) [467, с. 382]; «вид суспільних відносин, що виникають на основі права і учасники яких є носіями суб'єктивних прав та юридичних обов'язків» (М. І. Козюбра) [124, с. 226].

Будучи одним із різновидів суспільних відносин, правові відносини, які виникають між людьми та їх групами, є способом забезпечення для останніх необхідних соціальних благ і задоволення власних інтересів, а тому перебувають під охороною держави. При цьому вони можуть виникати як свідомо, тобто їх виникнення зумовлено вольовими діями суб'єктів, так і незалежати від їх волі. Змістом правовідносин є виникнення специфічних взаємозв'язків – суб'єктивних прав і обов'язків [505, с. 194–195; 57, с. 382; 467, с. 346–347; 124, с. 226]. На думку О. Р. Дашковської, правовідносинам притаманні такі ознаки: «це ідеологічні відносини, оскільки до свого виникнення вони проходять крізь свідомість людей, в якій складається модель майбутніх стосунків з огляду на існуючі загальнолюдські цінності і суспільні пріоритети; вони виступають юридичним виразом економічних, політичних, сімейних та інших відносин, впливають на суспільні відносини, що склалися на їх ґрунті; взаємна поведінка учасників правовідносин індивідуалізована і чітко визначена; вольовий характер правовідносин обумовлений тим, що вони виникають і реалізуються на основі волевиявлення хоча б одного з їх учасників, обов'язково проходячи крізь їх свідомість і виражають їх волю» [123, с. 335–336].

Правові відносини виникають з моменту встановлення тих чи інших правових норм, закріплюючи права й обов'язки суб'єктів (фізичних, юридичних осіб, держави) щодо здійснення або, навпаки, утримання від здійснення певних дій, породжуючи односторонні або багатосторонні зв'язки, які відрізняються між собою змістовною сутністю. Залежно від характеру, сфери та підстав виникнення виділяють види правовідносин, зокрема адміністративно-правові відносини.

В науці адміністративного права можна знайти різні підходи до визначення сутності адміністративно-правові відносини. Утім більшість вчених розглядають вказані відносини як такі, що регулюються нормами адміністративного права та пов'язані з важливим процесом публічного управління й організаційно-розпорядчою діяльністю, за допомогою якої реалізується державна політика в найбільш важливих соціальних сферах, забезпечуючи прогресивний розвиток суспільства, а з ним і держави. Зазначене свідчить про існування специфічного суб'єкта в адміністративних правовідносинах – органа публічного управління, наявність якого є обов'язковою, адже не можна уявити таку управлінську діяльність автономно, без участі держави [156, с. 149]. На відміну від правовідносин, які можуть виникати з ініціативи обох суб'єктів або одного з них, адміністративні правовідносини, як правило, виникають незалежно від бажання іншого суб'єкта. Визначальною є воля держави, яку вона висловлює через владну діяльність спеціально-уповноважених органів, одночасно охороняючи такі правові відносини [21, с. 17; 189, с. 18].

Адміністративні правовідносини суттєво відрізняються від інших видів правових відносин, мають власний специфічний зміст, який розкривається в ознаках адміністративно-правових відносин, запропонованих вченими-адміністративістами. Так, адміністративно-правові відносини мають: свідомо-вольовий характер, який проявляється в тому, що «державна через видання відповідних адміністративно-правових норм виражає свою волю народу України, учасники цих відносин здійснюють своє волевиявлення,

усвідомлюють значення своїх дій та можуть нести за них відповідальність» (В. І. Курило) [11, с. 39]; специфічну основу – публічні інтереси, пов'язані з «реалізацією публічних завдань, тобто тих завдань, які належать до виняткової компетенції суб'єктів публічної адміністрації» (Р. С. Мельник, В. М. Бевзенко) [125, с. 121–122]; особливі методи врегулювання, тобто «адміністративно-правові відносини, що виникають між органами виконавчої влади та іншими учасниками адміністративного права, не завжди є відносинами, що здійснюються за методом влади і підпорядкування. Ці відносини можуть реалізуватися на засадах як влади і підпорядкування, так і рівності сторін, тобто кожна сторона зобов'язана виконувати конкретні вимоги правової норми» (Ю. П. Битяк) [16, с. 60].

Наслідком порушення адміністративно-правових норм або неналежного виконання обов'язків можуть стати правові конфлікти та спори, які переважно вирішуються в позасудовому (адміністративному) порядку. Утім останнім часом набуває поширення практика судового розгляду адміністративно-правових спорів, в тому числі щодо оскарження дій чи бездіяльності органів державної влади. Виправданим це можна вважати тому, що судовий розгляд вбачається більш ефективним у контексті захисту прав громадян, адже подання скарги до вищого органу державної влади може не принести бажаних результатів через навмисне «приховування» конфліктів і помилок підпорядкованих органів і підлеглих працівників. Разом з тим до адміністративно-правових відносин не можна віднести такі ж відносини, що хоча і мають зовнішні ознаки таких відносин, але вони не базуються на нормах адміністративного права [156, с. 149].

Дотримуючись наукового підходу «від загального до конкретного», адміністративно-правові відносини є фундаментальною категорією однієї з провідних галузей права – адміністративного та складають його предмет. У свою чергу, предмет адміністративного права є достатньо об'ємним, оскільки пов'язаний з такими поняттями: публічними управлінськими процесами економічною, політичною, соціальною та культурною сферами; реалізацією

повноважень, делегованих державою переважно громадським (рідше – негромадським) інституціям; діяльністю органів виконавчої влади та всіх інших органів державної влади, підприємств, установ і організацій, включаючи питання, пов'язані з проходженням державної служби та наданням адміністративних послуг; адміністративно-юрисдикційною діяльністю та відправленням правосуддя адміністративними судами; застосуванням заходів адміністративного примусу; притягненням до адміністративної відповідальності [156, с. 150].

В науці існує декілька відмінних поглядів на зміст предмета адміністративного права, зокрема, професор В. В. Галуцько визначив останній таким чином: «1) суспільні відносини, що виникають у зв'язку із забезпеченням суб'єктами публічної адміністрації прав і свобод та законних інтересів приватних осіб у процесі надання адміністративних послуг; 2) адміністративна діяльність суб'єктів публічної адміністрації щодо здійснення публічної управлінської (виконавчо-розпорядчої) діяльності: 2.1) у процесі виконавчої діяльності суб'єкти публічної адміністрації забезпечують публічне виконання законів на території всієї держави; 2.2) розпорядча діяльність полягає в ухваленні суб'єктами публічної адміністрації підзаконних нормативно-правових адміністративних актів на основі та з виконання законів» [10, с. 29].

Дещо по-іншому визначає предмет адміністративного права С. М. Алфьоров: «це сфера діяльності виконавчих та розпорядчих органів і суспільні відносини управлінського характеру, що складаються у цій сфері. Вони виникають, розвиваються та припиняються між: вищими і нижчими органами виконавчої влади; органами виконавчої влади і підпорядкованими їм підприємствами, установами, організаціями; органами виконавчої влади, які не пов'язані безпосередньо підпорядкованістю; органами управління й органами громадських організацій; органами виконавчої влади і громадянами» [21, с. 8–9].

Насправді, чітко визначити зміст предмету адміністративного права практично неможливо, адже відносини адміністративно-правового характеру

перебувають у постійній динаміці, через удосконалення владно-управлінської діяльності шляхом запровадження новацій, спрямованих на підвищення рівня життя громадян і здійснення відповідних виконавчо-розпорядчих дій, насамперед пов'язаних з реалізацією державної політики. Натомість, однозначно можна стверджувати, що адміністративно-правові відносини пов'язані з управлінськими процесами, а точніше зі зв'язками між органами публічної адміністрації та іншими суб'єктами, що виникають під час здійснення такої діяльності, органів які уповноважені на це державою у життєво важливих сферах, функціонування яких необхідно для забезпечення умов для суспільного прогресу та соціального управління [156, с. 150].

У такому контексті актуальними вбачаються ознаки адміністративно-правових відносин, які є більш гнучкими, аніж зміст предмета адміністративного права, за рахунок чого об'єктивніше відображають сутність цього виду правовідносин. Окрім ознак, притаманних всім без виключення правовим відносинам, до них необхідно зарахувати те, що адміністративно-правові відносини: 1) пов'язані з виконавчою та розпорядчою діяльністю органів державної влади та інших органів, яким державою було делеговано управлінські повноваження; 2) характеризуються обов'язковою наявністю специфічного суб'єкта, наділеного державно владними повноваженнями; 3) виникають з ініціативи лише однієї із сторін таких правовідносин; 4) можуть характеризуватися наявністю спорів, котрі, як правило, вирішуються в позасудовому порядку, а власне юридичну відповідальність учасники правовідносин несуть перед державою [29, с. 20; 188, с. 119–120]. Наведений перелік ознак адміністративно-правових відносин є усталеним. Утім останнім часом у роботах науковців зустрічається більш детальна характеристика таких правовідносин, що обумовлено переосмисленням загальної сутності адміністративного права як правової галузі, пов'язаної з публічним адмініструванням [156, с. 150]. Зокрема, О. В. Ніканорова доповнює наведений перелік такими ознаками: «1) адміністративні правовідносини не завжди будуються за принципом влади-підпорядкування; 2) адміністративні

правовідносини виникають з ініціативи однієї зі сторін, і згода іншої далеко не в усіх випадках є обов'язковою; 3) адміністративні правовідносини за своєю сутністю є організаційними; 4) правові конфлікти, що виникають під час реалізації адміністративних правовідносин і мають статус юридичного факту, вирішуються в адміністративному (позасудовому) порядку та в порядку спеціалізованого (адміністративного) судочинства» [263, с. 208–209].

Більш детально зміст адміністративних правовідносин розкриває Е.О. Шевченко, наголошуючи на таких ознаках, притаманних цьому виду юридичних відносин: «1) виникнення у сфері публічного управління; 2) однією зі сторін обов'язково є орган влади; 3) врегульовані адміністративно-правовими нормами; 4) їхні учасники виступають носіями прав і обов'язків у сфері державного управління; 5) мають державно-публічний характер; 6) є відносинами «влада-підпорядкування» і визначаються юридичною нерівністю сторін; 7) можуть виникнути за ініціативою будь-якого суб'єкта адміністративного права, згода іншої сторони не є обов'язковою; 8) порушення стороною своїх обов'язків зумовлює її відповідальність перед державою в особі її компетентних органів; 9) для органів управління їх права є одночасно й обов'язками; 10) за порушення обов'язків застосовуються, як правило, заходи адміністративного примусу; 11) спори між сторонами мають особливий правовий режим забезпечення законності (адміністративний і судовий)» [541, с. 1118].

Така характеристика дозволяє дійти висновку про множинність та різноманітність адміністративно-правових відносин, що обумовило потребу їх класифікації за такими підставами: 1) сферою виникнення (відносини публічного управління; відносини адміністративних послуг; відносини відповідальності публічної адміністрації за неправомірні дії або бездіяльність; відносини відповідальності за порушення встановленого порядку і правил; 2) виконуваними функціями (регулятивні та правоохоронні); 3) кількісним складом учасників (двосторонні та багатосторонні); «4) за місцем в адміністративній ієрархії: між підпорядкованими суб'єктами, тобто між

органами публічної адміністрації вищого та нижчого рівня; між не підпорядкованими суб'єктами одного ієрархічного рівня; між не підпорядкованими суб'єктами різного ієрархічного рівня; між органами публічної адміністрації й суб'єктами, які їм організаційно не підпорядковані; між адміністрацією (органом управління) підприємства і безпосередньо керованим персоналом даного підприємства; 5) за змістом владних повноважень (горизонтальні та вертикальні)» (В. К. Колпаков) [193, с. 104].

Водночас навіть таку всеохоплюючу класифікацію не можна вважати вичерпною, адже вона не дає об'єктивного уявлення про характер адміністративно-правових відносин і сфери, в яких вони виникають. Тому вважаємо необхідним уточнити види адміністративно-правових відносин залежно від їх змісту, поділивши їх на такі, що виникають у зв'язку зі здійсненням публічного адміністрування суспільно-важливими сферами: політичною, економічною, освітньо-науковою, культурною, а також сферами національної безпеки й оборони, відправлення правосуддя, охороною здоров'я, соціального захисту населення тощо. Серед усіх перелічених сфер кожна має власне унікальне призначення, а їх ефективне функціонування сприяє забезпеченню прав, свобод громадян і основоположних суспільних цінностей, зокрема життя та здоров'я. Гарантування останніх здебільшого залежить від публічного адміністрування сферою охорони здоров'я, що безпосередньо вказано в нормах Основного закону держави, які покладають на державу обов'язок забезпечення функціонування системи охорони здоров'я [156, с. 148–149]. Насамперед, йдеться про ст. 3 і 49 Конституції України, відповідно до яких здоров'я, а з ним і життя є найвищою соціальною цінністю, які трансформуються у відповідні права, що має кожна людина. Забезпечення та утвердження таких прав покладається на державу: «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного

обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності» [196].

Державна діяльність позначається на процесах, пов'язаних із охороною здоров'я населення, зокрема надання медичних послуг, оскільки має на меті «створення умов для задоволення потреб населення в якісних медичних послугах; забезпечення стійких темпів розвитку галузі; підтримка наукового потенціалу галузі; регулювання структурних змін в охороні здоров'я, викликаних рівнем захворюваності населення» [145, с. 144–145]. Тому слід погодитись із Б. О. Логвиненком в тому, що: «інтенсифікація розвитку суспільних відносин зумовлює необхідність правового регулювання різноманітних сфер життя та виникнення новітніх галузей права у правовій системі України. Однією з таких надзвичайно важливих складових суспільного життя є сфера охорони здоров'я. Про її невід'ємне значення можуть свідчити такі обставини: 1) зазначена галузь супроводжує людину упродовж життя від початку цивілізації; 2) відносини, що виникають у сфері охорони здоров'я, потребують врегулювання на всіх етапах розвитку людства; 3) здоров'я не є товаром, який можна придбати; 4) лікування є діяльністю на стикові фаху і мистецтва» [222, с. 72]. Схожі положення можемо знайти і в положеннях Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Закон № 2801-ХІІ): «визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу України» (ст. 4); віднесення процесу охорони здоров'я до загальних обов'язків держави та суспільства в цілому (ст. 5); держава як гарант прав громадян на реалізацію прав у даній сфері (ст. 7); «держава визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я і забезпечує його захист» (ст. 8); визнання охорони здоров'я до кожного з основних напрямів діяльності держави (ст. 12), і як наслідок отримання статусу «основного суб'єкта» під час формування та реалізації політики в зазначеній сфері (ст. 13, 14) [270]. Все

зазначене свідчить про можливість віднесення сфери охорони здоров'я до відання держави та дозволяє вказувати на наявність певних управлінських, організаційних і розпорядчих процесів у зазначеній сфері, які реалізуються спеціально уповноваженими органами державної влади та місцевого самоврядування в різних напрямках і рівнях [156, с. 150].

Аналізуючи сферу охорони здоров'я, не можна залишати поза увагою факт існування спеціальної комплексної галузі права, яка безпосередньо регулює відносини, що виникають у сфері охорони здоров'я, – медичне право. На підтвердження його самобутності можуть бути зараховані такі аргументи: 1) поєднання суспільної необхідності та державного інтересу щодо врегулювання даної галузі, яке пояснюється її значущістю для кожної особи; 2) наявність власного предмета правового регулювання; 3) об'єктивна необхідність у специфічному наборі методів правового регулювання; 4) існування власних правових джерел, які, до речі, потребують удосконалення та систематизації; 5) існування властивих тільки даної галузі права понять і категорій [258, с. 42–43].

Відносно недавнє «оформлення» медичного права як самостійної галузі, в порівнянні з іншими галузями, такими як цивільне та кримінальне право, сприяло появі різноманітних авторських позицій щодо його змісту. Наприклад, С. Г. Стеценко визначає медичне право як «комплексну галузь права, що включає сукупність правових норм, які регулюють суспільні відносини у сфері медичної діяльності» [238, с. 21]. Відповідно до поглядів З. С. Гладуна, медичне право – «комплексна спеціалізована галузь права, яка становить собою зв'язану внутрішньою єдністю систему правових норм, що регулюють суспільні відносини у сфері медико-санітарної допомоги та охорони здоров'я як окремої людини, так і населення в цілому» [71, с. 66]. О. А. Мохов зазначає, що медичне право являє собою «систему правових норм, які регулюють відносини, що виникають з приводу охорони здоров'я громадян, у процесі побудови, функціонування і розвитку сфери охорони здоров'я, в тому числі у процесі регулювання медичної діяльності» [258, с. 42].

У зв'язку з тим, що предметом тієї чи іншої галузі права в загальному розумінні є об'єкт нашого дослідження, тобто правовідносини специфічного характеру, за аналогією з предметом адміністративного права вважаємо необхідним розглянути предмет медичного права. Його становлять відносини, що виникають з приводу організації та здійснення медичної діяльності, зокрема в межах діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, а також контроль якості наданих медичних послуг [487, с. 121]. У цьому разі необхідно звернути увагу на те, що сама по собі організація та здійснення медичної діяльності містить як провадження медичної практики в процесі профілактики, діагностики та лікування захворювань так і безпосередньо організацію такої діяльності, яка включає ряд питань, пов'язаних із організацією роботи системи охорони здоров'я та кожного окремого медичного закладу, професійної роботи лікарів [166], кадрових та інших питань, пов'язаних із матеріально-технічним забезпеченням такої діяльності, зокрема виробництвом і поширенням медичних препаратів. Одночасно останні можуть реалізовуватись у двох напрямках, де перший передбачає в такому процесі участь органів державної влади, а другий, навпаки, її виключає. В першому випадку прикладом може бути проведення кадрової політики в галузі охорони здоров'я, як-от: складання випускниками медичних закладів вищої освіти заліків і отримання диплома про медичну освіту, проходження курсів підвищення кваліфікації чи визначення умов оплати праці лікарів та інших медичних працівників. Другий випадок стосується проведення операцій, медичного обстеження, в тому числі із використанням спеціального медичного обладнання, в такому разі зв'язки виникають між працівниками системи охорони здоров'я та громадянами – пацієнтами, які до них звертаються [156, с. 151].

Достатньо структуровано предмет медичного права подає Б. О. Логвиненко: «1) відносини, що стосуються прав і обов'язків фізичних осіб; 2) відносини внутрішньої організації; 3) медико-деліктні відносини; 4) відносини щодо медичного страхування; 5) відносини у сфері трансплантології, фармакології, протезування і т.п.; 6) зовнішньоорганізаційні

відносини» [221, с. 77–78]. Підкреслимо, що всі наведені види відносин в тій чи іншій мірі регулюються нормами адміністративного права.

Наведене дає підстави стверджувати, що предмет медичного та адміністративного права (відносно сфери охорони здоров'я) мають близькі за своєю сутністю та змістом сфери впливу, які перебувають у тісному взаємозв'язку між собою. Більш детально це питання буде досліджено в наступних підрозділах дисертації, зокрема під час з'ясування проблем пов'язаних із розмежуванням адміністративних та інших правовідносин, що виникають у сфері охорони здоров'я в Україні. Вважаємо, що предмет медичного права включає адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я, котрі займають значну частину предмету медичного права, зважаючи на їх організаційно-розпорядчу сутність. Поза межами адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я залишаються такі, що виникають у зв'язку з медичною практикою (наприклад, проведення хірургічної операції) чи вчиненням злочинів у вказаній сфері [156, с. 151].

Провідним суб'єктом адміністративно-правових відносин є держава та органи державної влади. Звідси при «відокремленні» зазначеного виду відносин у сфері охорони здоров'я вважаємо доцільним орієнтуватись на державну політику в цій галузі та управлінську діяльність, яку вона здійснює. Зауважимо, що державне управління, а нині – публічне адміністрування здійснюється з метою «організації виконання правових актів та інших рішень державних органів шляхом нормотворчого і розпорядчого впливу на суспільні відносини та процеси з метою їх спрямування, об'єднання і координації (звідси, до речі, поширена характеристика його як «виконавчо-розпорядчої» діяльності) – не тільки зберігається, але й набуває все більшого значення в умовах загальної трансформації ролі держави у новостворюваному громадянському суспільстві з його ринковими механізмами, стандартами демократичної і відкритої державної влади» [2, с. 76].

За свою суттю дана діяльність є виконавчо-розпорядчою та провадиться, як правило, органами державної влади та органами місцевого самоврядування.

Особливе місце серед вказаних суб'єктів посідає МОЗ України та його структурні підрозділи, тому що саме вони наділені спеціальними повноваженнями щодо втілення державної політики у сфері охорони здоров'я. Діяльність таких органів чітко врегульована нормами адміністративного права: правові приписи «окреслюють» можливості здійснення різних напрямів діяльності через наділення відповідною компетенцією та повноваженнями. Всі дії публічного адміністрування сферою охорони здоров'я, в межах яких виникають і розвиваються адміністративно-правові відносини, мають одну загальну мету – організація надання високоякісної та кваліфікованої медичної допомоги, в процесі якої вирішується інше не менш важливе завдання держави – створення умов для реалізації прав громадян, які потребують медичної допомоги [156, с. 151].

Адміністративно-правовим відносинам притаманні всі ті загальні ознаки, що характеризують правовідносини загалом та специфічні риси, які позначаються на правових відносинах, урегульованих нормами адміністративного права. Заразом такі відносини набувають додаткових ознак, що уточнюють їх сутнісну характеристику, за рахунок специфічних рис, якими відрізняється сфера охорони здоров'я, що являє собою комплекс дій і заходів, які реалізуються системою суб'єктів (органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями, а також громадянами) «з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [270] (п. 9 ч. 1 ст. 3 Закону № 2801-XII). Отже, ознаки адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я відбиваються в тому, що вони:

– за своєю природою є суспільними відносинами і одночасно видом правовідносин, які мають особливий адміністративний характер, будучи окремим видом останніх;

– виникають на стику теорії державного управління та двох галузей права – адміністративного та медичного;

– мають межі, що окреслюються сферою охорони здоров'я;

– являють собою форму існування суспільних зв'язків між суб'єктами, один з яких в обов'язковому порядку повинен бути наділений владними повноваженнями в галузі охорони здоров'я;

– найчастіше виникають, змінюються, розвиваються та припиняються на підставі адміністративно-правових норм, які регулюють функціонування системи охорони здоров'я;

– пов'язані з наявністю взаємних прав та обов'язків суб'єктів-учасників адміністративно-правових відносин, при чому для суб'єктів, наділених владними повноваженнями, характерна наявність сукупності обов'язків, а інші (наприклад, громадяни) – наділені певними правами;

– регулюються переважно імперативним методом, який застосовується в моделі «влада – підпорядкування», що переважає в адміністративно-правових відносинах у сфері охорони здоров'я. У цьому випадку йдеться про видання законодавчих приписів, які є загальнообов'язковими для виконання суб'єктами адміністративних правовідносин;

– можуть бути ініційовані внаслідок волевиявлення одного з суб'єктів, при чому отримання згоди від іншого (інших) не є обов'язковим;

– охороняються державою, що пов'язано з важливістю сфери охорони здоров'я, зокрема через вирішення конфліктів як у судовому, так і в позасудовому порядку;

– реалізуються з власною специфічною метою – здійснення ефективного адміністрування у сфері охорони здоров'я, створення умов і можливостей для реалізації громадянами прав у сфері охорони здоров'я [156, с. 151–152].

Водночас адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я мають власні особливості, що впливають із сутності управлінської діяльності держави. Вони насамперед пов'язані з державною політикою, що провадиться в зазначеній сфері. Розглядаючи питання формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, слід зазначити, що одного лише бажання проведення докорінних реформаційних перетворень за відсутності чітко окреслених напрямів такої державної політики сьогодні не достатньо. За таких обставин вважаємо за можливе спиратись на проект Закону про засади державної політики охорони здоров'я № 2409а від 17.07.2015, в якому під державною політикою у сфері охорони здоров'я розуміється «сукупність цілей, завдань, засобів, узгоджених дій та заходів органів державної влади й органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб, спрямованих на реалізацію конституційних гарантій охорони здоров'я населення та права особи на своєчасну, доступну, якісну медичну допомогу та ефективне медичне обслуговування, забезпечення захисту прав і свобод людини щодо охорони здоров'я відповідно до сучасних викликів життя» [430].

Державна політика в будь-якій сфері не може бути втілена без визначення основних напрямів такої діяльності, саме тому прийняття на законодавчому рівні засад здійснення державної політики охорони здоров'я має стратегічно важливе значення. Нині такі основні напрями отримали розробку в доктринальних джерелах. Наприклад, О. В. Поживілова переконана, що політика держави повинна відбиватись в таких провідних регулюючих напрямках, як: «приведення національного законодавства охорони здоров'я у відповідність до законодавства Європейського союзу (далі – ЄС); розробка та затвердження концепції стратегічного планування галузі охорони здоров'я в Україні; створення ефективних механізмів державного регулювання приватного сектору системи охорони здоров'я, забезпечення якості та ефективності його діяльності; визначення і законодавче закріплення обсягу гарантованих державних зобов'язань щодо безоплатної медичної допомоги; перехід на багатоканальну систему фінансування медичної галузі; розробка концепції

поступового переходу на домінуючі принципи доказової медицини, запровадження формулярної системи як якісно нового підходу до вирішення проблеми раціонального використання ліків та ефективного забезпечення населення лікарськими засобами; фінансова підтримка фундаментальних та прикладних наукових досліджень у галузі охорони здоров'я; підвищення вимог до підготовки наукових кадрів, забезпечення раціонального використання науково-інформаційних ресурсів у галузі охорони здоров'я» [291, с. 127].

Досить розгалужену систему напрямів втілення державної політики, спрямованої на розбудову та оптимізацію сфери охорони здоров'я, пропонують М. М. Білинська, Д. В. Карамішев і Я. Ф. Радиш: підвищення загального рівня життя суспільства та добробуту громадян, що включає безпечне для життя збалансоване харчування, житло, організацію активного дозвілля та відпочинку, запровадження програм, спрямованих на залучення широких верств населення до занять різними видами спорту та фізичною культурою; проведення грамотної економічної політики спрямованої на збільшення асигнувань у державний бюджет, що створить фінансове підґрунтя для реалізації програм охорони здоров'я та надання медичної допомоги соціально незахищеним верствам населення; проведення широкомасштабних заходів, спрямованих на підвищення екологічної культури громадян і дієву охорону навколишнього середовища, впровадження екологічно безпечних умов виробництва важкої та легкої промисловості, включаючи можливість використання сучасних засобів утилізації та знешкодження відходів і шкідливих речовин; зменшення випадків виробничого травматизму та зниження кількості професійних захворювань; стимулювання прагнення населення до ведення здорового способу життя, слідкування за особистою гігієною та позбавлення звичок, які деструктивно впливають на здоров'я населення (наприклад, вживання алкоголю чи наркотиків); підвищення показників народжуваності та зниження кількості смертності в межах активізації демографічної політики; масштабна профілактика в межах системи охорони здоров'я; удосконалення норм санітарного законодавства; «збереження

і зміцнення репродуктивного здоров'я населення, удосконалення системи охорони материнства, поліпшення умов праці та побуту жінки-матері; забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання; розвиток фармацевтичної та медико-інструментальної промисловості, виробництва імунобіологічних препаратів, медичного приладобудування, здешевлення, підвищення якості та безпеки вітчизняної продукції, що має сприяти підвищенню її конкурентоздатності, кардинальному поліпшенню медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення медичних закладів і населення» [88, с. 19–20]. Необхідно звернути увагу на те, що вказана система включає не тільки заходи суто медичного характеру, а передбачає підвищення економічних і соціальних умов життя населення, що є виправданим, оскільки вони прямо чи опосередковано впливають на рівень здоров'я громадян [155, с. 220].

На думку З. С. Гладуна, державну політику у сфері охорони здоров'я можна звести до трьох основних напрямів: «1) забезпечення конституційних прав громадян на медичну допомогу, охорону здоров'я і медичне страхування, захист прав та свобод людини у сфері охорони здоров'я; 2) організація надання медико-санітарної допомоги населенню, формування єдиного національного медичного простору та ринку медичних послуг; 3) проведення організаційних, фінансових, правових та інших заходів щодо підтримання здоров'я населення та його охорони і зміцнення» [69, с. 194].

Отже, державна політика у сфері охорони здоров'я має власне унікальне призначення, що зосереджено в її меті: 1) збереження та розвиток людського потенціалу, тобто тих умов, за яких негативний вплив на здоров'я населення зведено до мінімуму, що позначається на підвищенні рівня забезпечення прав людини на життя та здоров'я; 2) організація функціонування системи охорони здоров'я відповідно до міжнародних і національних норм, вимог і стандартів; збереження та зміцнення показників якості життя громадян, зокрема шляхом додержання регламентованих стандартів у сфері охорони здоров'я [155, с. 220].

Оскільки адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я пов'язані з вирішенням питань, що переважно мають управлінський характер, який у першу чергу відображається у профільній політиці держави, вбачається, що аналіз останньої дозволяє виокремити такі особливості вказаного різновиду правовідносин:

– адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я виникають не лише на підставі адміністративно-правових норм, адже не менш важливе значення мають конституційні норми, які створюють фундамент для розбудови адміністративно-правових відносин;

– ці правовідносини виникають і реалізуються з приводу формування та втілення державної політики у сфері охорони здоров'я;

– державна політика у сфері охорони здоров'я охоплює більш широке коло напрямів, які прямо не стосуються сфери охорони здоров'я, а тяжіють до сфери соціального забезпечення;

– з огляду на місце державної політики у сфері охорони здоров'я можна стверджувати, що одна зі сторін адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я завжди буде представлена одним із цих суб'єктів: Верховна Рада України, Кабмін України, Президент України, МОЗ України, інші центральні і місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування;

– наявність чітко визначеної мети – приведення процедур надання медичної допомоги та медичних послуг відповідно до міжнародних стандартів, а також системне удосконалення організації роботи системи охорони здоров'я;

– адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я передбачають здійснення дій нормативного та розпорядчого характеру, які безпосередньо не стосуються провадження медичної практики, але завдяки першим стає можливою реалізація останньої.

На підставі виділених ознак і особливостей, які відображають сутність адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я можна запропонувати таке їх визначення – це окрема категорія правових відносин, які

виникають у сфері охорони здоров'я за участю центрального органу виконавчої влади, що реалізує політику в цій сфері, та/або інших суб'єктів, що здійснюють публічне управління у цій сфері, пов'язані з кореспондуючими правами й обов'язками, що мають внутрішньо- і зовнішньоорганізаційний характер та спрямовані на забезпечення права кожного на охорону здоров'я, підтримку належного рівня громадського здоров'я і санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, а також реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я загалом [156, с. 152].

Вбачається, що для повної характеристики адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я необхідно не лише сформулювати їх визначення, розкрити ознаки й особливості, а й приділити увагу умовам і процесу їх виникнення, зміни та припинення. Тому дослідженню цих питань і буде присвячено наступний підрозділ дисертації.

1.2. Загальна характеристика підстав виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я

У попередньому підрозділі адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я як один з видів правовідносин, котрі регулюються нормами адміністративного права, було зазначено, що підставою їх виникнення є юридичні факти. Характеризуючи підстави виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин, вважаємо за необхідне: по-перше, з'ясувати, що саме передує окресленим процесам розвитку правових відносин взагалі та адміністративно-правовим зокрема, а по-друге, виокремити конкретні риси та обставини, які є причиною ідентичних процесів розвитку адміністративних правовідносин у сфері охорони здоров'я. Вважаємо, що це можливо за умови з'ясування змісту та співвідношення таких категорій як передумова, умова та підстави правовідносин.

Так, у словниковій літературі термін «передумова» тлумачиться, як «попередня умова існування, виникнення, діяння і т. ін. чого-небудь» [48, с. 909], умовою є «обставини, особливості реальної дійсності, за яких відбувається, здійснюється що-небудь» [48, с. 1506], а під підставою розуміється «те головне, на чому базується, ґрунтується що-небудь» [48, с. 966]. Етимологічний аналіз наведених категорій дає підстави стверджувати про змістовну схожість понять «умова» та «підстава». Визначальною ознакою в розмежуванні цих понять є характер обставин, що впливають на їх виникнення, формування та зміст. При цьому категорія «передумова» може бути «включена» в обсяг обох з них. У цьому разі слід вказувати на підстави «існування» відносин у праві, включаючи передумови їх виникнення. Тому не можна погодитись з думкою Т. І. Костилевої, яка, досліджуючи підстави та умови виникнення та припинення правовідносин у сфері контролю за дотриманням законодавства про працю, робить такий висновок: «підстави та умови входять до іншого поняття «передумови», яке є ширшим за змістом, охоплює початкові обставини та кінцеві явища, що слугують виникненню та припиненню правових відносин» [201, с. 153], адже зміст поняття передумови включає попередні умови існування, початкові обставини, але не кінцеві явища – вони знаходять своє відображення в підставах, що обумовлюють динамічність правових відносин.

В юриспруденції передумови виникнення правових відносин прийнято поділяти на два види – загальні (матеріальні) та спеціальні (юридичні). Загальні передумови виникнення, на думку О. Ф. Скакун, можна розглядати у двох значеннях: «у вузькому значенні – це певні інтереси або блага, що зв'язують суб'єктів права (не менше двох) як учасників правовідносин; у широкому значенні – система соціальних, економічних, політичних, ідеологічних обставин, що спричиняють об'єктивну необхідність у правовому регулюванні суспільних відносин; встановлення доцільних відносин між суб'єктами через надання їм юридичних прав, повноважень (посадовим особам), а також покладання юридичних обов'язків і відповідальності» [468, с. 349]. Спеціальні

передумови включають: 1) правові норми – правила, положення, призначені для врегулювання правових відносин, що складаються в суспільстві, встановлені та охоронювані державою, які, як правило, закріплені на законодавчому рівні, та регламентують сукупність прав і обов'язків суб'єктів [122, с. 279; 202, с. 45; 232, с. 13; 467, с. 278; 494, с. 22]; 2) правосуб'єктність – «здатність фізичних та юридичних осіб у встановленому порядку бути суб'єктами права, тобто носіями суб'єктивних прав та юридичних обов'язків» [549, с. 50]; її структуру становлять такі елементи, як: правоздатність (можливість особи набувати сукупність прав і виконувати власні юридичні обов'язки), дієздатність (факт усвідомлення особою власних діянь, спрямованих на реалізацію власних прав і обов'язків), деліктоздатність (здатність особи нести юридичну відповідальність у разі вчинення правопорушень – порушень правових норм) [467, с. 396–398; 549, с. 50; 259, с. 50]; 3) юридичні факти – це «конкретні життєві обставини, з наявністю та/або відсутністю яких норми права пов'язують виникнення, зміну або припинення правових відносин» [124, с. 232]. В юридичній літературі юридичні факти визначаються саме як підстави виникнення, зміни і припинення правовідносин [468, с. 348, 369], тому розглянемо їх детальніше.

Юридичні факти представляють собою конкретні життєві обставини, які можуть залежати від волевиявлення – бути його наслідками, а також наставати незалежно від волі особи, але в будь-якому разі вони передбачені в тій чи іншій мірі у правовій нормі. Прикладом безпосереднього волевиявлення особи є донорство крові чи її компонентів, який в чинному законодавстві визначено як добровільний акт (ч. 1 ст. 2 Закону України «Про донорство крові та її компонентів» [323]), тобто вчинок що залежить від особистого розсуду (бажання) людини. Одночасно деякі медичні процедури щодо особи можуть здійснюватися незалежно від її волі чи взагалі за відсутності згоди. Насамперед, йдеться про примусове лікування, яке найчастіше застосовується до осіб, хворих на наркоманію, та здійснюється лише за наявності судового рішення за умови, якщо така особа «продовжує вживати наркотичні засоби без

призначення лікаря і порушує права інших осіб» (п. 10 ч. 1 ст. 1 Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними») [388].

Як і будь-яким іншим явищам і об'єктам, юридичним фактам властиві індивідуальні ознаки, серед яких: а) конкретність – обумовлює наявність визначеного місця та часу настання такого факту, а також суб'єкта та соціальної значущості; б) індивідуальна визначеність юридичних фактів як ознака пояснюється тим, що вони призначені для задоволення потреб та інтересів суб'єктів – учасників правовідносин; в) здатність відтворювати ці правовідносини в суспільстві, що складають предмет правового регулювання; г) правова регламентація – обставини кожного юридичного факту прямо чи опосередковано визначені в законодавчо встановлених правових нормах; г) належне оформлення та закріплення, пов'язане з набуттям юридичними фактами правового значення лише у разі їх правильного документального оформлення та додержання процедури створення документів, у яких вони містяться; д) спроможність призводити до конкретних правових наслідків, пов'язаних із виникненням і динамікою правовідносин та набуттям правосуб'єктності [506, с. 208–209]. Сукупність таких ознак, притаманних саме юридичним фактам, внаслідок яких виникають і розвиваються адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я, яскраво простежується на прикладі проведення процедури атестації отримання звання «лікар-спеціаліст». Така атестація проводиться з метою визначення теоретичних знань, практичних умінь і навичок спеціальною комісією, що створюється при закладі охорони здоров'я. Ознака індивідуальності проявляється в тому, що такий факт, як отримання звання лікаря-спеціаліста в повному обсязі задовольняє інтерес особи, що бажає отримати таке звання та сприяє реалізації її права на отримання відповідного документа, що його підтверджує. Водночас орган, який присвоює вказане звання від імені держави, реалізує інтерес щодо створення умов для забезпечення населенню конституційних прав на здоров'я та життя. Така процедура систематично повторюється, оскільки вона призначена для

задоволення професійних потреб кожного лікаря, а також регламентована Положенням про порядок проведення атестації лікарів, затвердженим наказом МОЗ України від 02.10.2015 № 650 [317]. Засідання комісії протоколюється, а результати оформлюються у відповідному рішенні про присвоєння звання лікаря-спеціаліста чи відмову в його присвоєнні. У разі прийняття позитивного рішення лікарю видається сертифікат, отримавши який особа набуває право ставати учасником специфічних правовідносин у сфері охорони здоров'я щодо організації та надання медичної допомоги. Таким чином, настання юридичного факту призводить до участі особи в правовідносинах або стає причиною набуття чи виникнення правосуб'єктності – це основні функції юридичних фактів. Вказуючи на існування зазначених функцій, А. М. Завальний зазначає, що юридичним фактам притаманні й додаткові: «функція гарантії законності; функція попереднього впливу норм права на суспільні відносини; творча функція у вигляді умов формування похідних правовідносин, що обумовлені похідним характером правових норм» [505, с. 209].

Множинність і неоднорідність існуючих у теорії права юридичних фактів (М. І. Козюбра [124, с. 232–233], О. Ф. Скакун [467, с. 369–372], А. М. Завальний [505, с. 209–211], К. Г. Волинка [57, с. 261–262], В. В. Сухонос [496, с. 68–69], М. В. Цвік [123, с. 346–350]) дозволяє проаналізувати їх класифікацію з урахуванням специфіки сфери охорони здоров'я за такими критеріями:

а) за вольовою ознакою: юридичні дії, які відображаються в правомірних або неправомірних діяннях особи. Наприклад, прийняття рішення про ліквідацію закладів системи охорони здоров'я або порушення лікарем протоколу лікування. Як відомо, правомірні діяння особи, вчинення яких завжди має на меті досягнення конкретного результату, поділяються на юридичні акти (прийняття правового акту, призначеного для врегулювання адміністративних правовідносин у сфері охорони здоров'я) та юридичні вчинки (складання Присяги лікаря). За галузевою належністю правомірні діяння поділяються на профілюючі, процесуальні та спеціальні, такі, що можуть бути

здійснені особисто або через представника, мати чи не мати документальне оформлення та виражатися у формі діянь, мовчання і жестів. Юридичні вчинки передбачають настання правових наслідків поза волею суб'єктів. Неправомірні діяння як юридичні факти, тобто правопорушення, можуть бути вчинені однієї чи декількома особами як навмисно, так і необережно, мати різні об'єкти посягання та мотив, а також передбачатися різними галузями права. Юридичні події (стихійні лиха, землетруси, епідемії та ін.) не залежать від волі особи, оскільки являють собою життєві обставини, що мають юридичне значення, зокрема й у сфері охорони здоров'я, адже призводять до прийняття максимально ефективних управлінських рішень з метою консолідації кадрових і матеріальних потужностей у вказаній сфері для подолання наслідків таких подій. Водночас юридичні події можуть наступати як внаслідок людської діяльності, так і без такої. Відповідно до цієї обставини юридичні події поділяються на відносні та абсолютні, а також на унікальні та періодичні, випадки і явища, персональні колективні та масові, зворотні і незворотні. Обставини – це складні юридичні факти, до яких одночасно відносяться як юридичні дії, так і події. Так, дорожньо-транспортна пригода з потерпілими може призвести до ряду наслідків, а саме: проведення процедур трансплантації органів, донорства крові, хірургічних операцій тощо. Строки як юридичні факти можуть бути імперативними (не підлягають зміні) та диспозитивними (можуть бути змінені), визначеними, відносно визначеними та невизначеними. У сфері охорони здоров'я це можуть бути строки, в період яких особа підлягає вакцинації, згідно з Календарем профілактичних щеплень [409];

б) за фактом наявності чи відсутності життєвих обставин юридичні факти поділяються на: позитивні (суспільно-значущі обставини) та негативні (відсутність обставин, необхідних для вчинення правомірних та корисних дій). Наприклад, йдеться про належне оформлення надання згоди донора на вилучення з його тіла анатомічних матеріалів або ж відмову реципієнта від застосування трансплантації, що може призвести до суттєвого погіршення його стану;

в) залежно від правових наслідків юридичні факти можуть бути поділені на: правоутворюючі (отримання особою диплому лікаря); правозмінюючі (видача листка непрацездатності); правоприпиняючі (звільнення з посади начальника управління охорони здоров'я місцевої державної адміністрації); правові стани (завдяки ним особа набуває прав та обов'язків. Наприклад, встановлення факту інвалідності з подальшим визначенням ступеня втрати здоров'я);

г) за складом юридичні факти можуть бути: простими (передбачені в нормах однієї галузі законодавства, наприклад, адміністративної. Йдеться про укладення угоди між приватною медичною установою та Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ) щодо компенсації вартості лікування особи на підставі декларації) та складними (у цьому разі юридичні факти передбачені нормами декількох галузей законодавства, наприклад трудові правовідносини у сфері охорони здоров'я регулюються як нормами трудового, так і адміністративного права).

З юридичними фактами також пов'язані інші юридичні категорії, від наявності чи відсутності яких залежить виникнення, зміна та припинення правовідносин. Йдеться про презумпції та фікції. Під презумпцією розуміють «закріплене в законі припущення про наявність чи відсутність певних фактів, що мають юридичне значення» [468, с. 373]. Вони поділяються на: такі, що можуть або не можуть бути спростовані; загальноправові, міжгалузеві, галузеві презумпції та презумпції правових інститутів; юридичні та фактичні презумпції; матеріально-правові та процесуально-правові презумпції [505, с. 211–212; 468, с. 373–374; 496, с. 69]. Юридичні презумпції у сфері охорони здоров'я можуть бути передбачені в нормативно-правових актах, наприклад, у Переліку національних стандартів, відповідність яким надає презумпцію відповідності медичних виробів для діагностики *in vitro* вимогам Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики *in vitro*, затвердженого постановою Кабміну України від 02.10.2013 № 754, затверджених наказом МОЗ України від 05.02.2019 № 294 [315].

На існування презумпції проти регресивних заходів вказує у загальному коментарі про право на охорону здоров'я Комітет з економічних, соціальних і культурних прав як орган, уповноважений Організацією об'єднаних націй здійснювати контроль за дотриманням положень Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, в тому числі ст. 12, яка закріплює право кожної особи на максимально високий реальний рівень фізичного та психічного здоров'я [250]. Сутність цієї презумпції полягає в тому, що «поряд із зобов'язанням поступової реалізації передбачається, що країни-учасниці не повинні вживати будь-які регресивні заходи. Це означає, що як тільки країна впровадила заходи з реалізації права на охорону здоров'я, вона повинна тільки розширяти сферу дії цих заходів, а не зупинитись на досягнутому або зменшувати їх доступність» [458, с. 12]. Також до Кабміну України подано петицію про впровадження в чинне законодавство у сфері охорони здоров'я презумпцію згоди у сфері трансплантології, яку сьогодні підписало майже 200 осіб (із 25 000) [306].

Юридична фікція – це «фактично неіснуюче положення, що має юридичне значення в силу того, що право визнає його існуючим» [496, с. 69]. Прикладом юридичних фікцій можуть бути нормативно закріплений перелік захворювань та дефектів, за наявності яких особа може отримати статус інваліда I, II або III групи. Відповідно до п. 3.4 Інструкції про встановлення груп інвалідності, затвердженої наказом МОЗ України 05.09.2011 № 561, третя група інвалідності встановлюється, за умови: відсутності або сліпоти одного ока; двобічної глухоти; стійкої трахеостоми чи афонії органічного генезу; «стенозу гортані II-III ступенів внаслідок травматичного або інфекційного ураження нервово-м'язового апарату гортані з одно- або двобічним парезом і стійкою дисфонією; дефекту щелепи чи твердого піднебіння, якщо протезування не забезпечує жування; спотворюючі обличчя рубці та дефекти, які не піддаються хірургічно-косметологічній корекції» [331].

Таким чином, наявність юридичних фактів відіграє визначальну роль для виникнення зміни та припинення всіх без виключення видів правових відносин,

включаючи адміністративні. У науці адміністративного права їх так само поділяють на дії (правомірні, неправомірні) та події [45 с. 25; 461, с. 39], які можуть призвести до виникнення, зміни та припинення правовідносин [189, с. 19; 16, с. 58–59]. Як слушно зауважує В. В. Богуцький, «адміністративно-правові відносини можуть виникати і в зв'язку з таким юридичним фактом, як бездіяльність» [16, с. 58], тому більш обґрунтованою вважаємо класифікацію юридичних фактів, запропоновану В. І. Курилом: «за відношенням до волі суб'єкта правовідносин – це: 1) події, настання яких як юридичних фактів не залежить від волі суб'єктів адміністративного права (наприклад, повінь як стихійне лихо, що зобов'язує публічну адміністрацію надавати допомогу населенню); 2) діяння, що поділяються на: а) дії (вольові акти поведінки людей, які мають свідомо-вольовий характер); б) бездіяльність (пасивна поведінка суб'єктів права)» [11, с. 46]. Зі свого боку правомірні дії можна поділити на правові акти та вчинки. Перші є індивідуальними та призводять до конкретних юридичних наслідків. На відміну від актів, вчинки не мають будь-якої цілі, але однаково призводять до наслідків адміністративно-правового характеру.

О. І. Харитонова пропонує авторську класифікацію юридичних фактів на: такі, що встановлюють, змінюють, припиняють, перешкоджають виникненню, трансформації, призупиняють, поновлюють право; позитивні та негативні юридичні факти; оформлені та неформлені юридичні факти; головні та підлеглі юридичні факти (перші об'єктивно відображають обставини, які мають місце, другі – її уточнюють); матеріальні та процесуальні юридичні факти; юридичні факти публічного та приватного права [529, с. 112–113]. Щодо останніх вчена пояснює таке: «аналіз переліку актів цивільного стану дозволяє зробити висновок, що хоч вони іменуються «актами цивільного стану», однак за своєю природою стосуються не тільки сфери цивільного права, а (навіть більшою мірою) є актами публічного чи адміністративного стану. Крім того, адміністративними (публічними) за своєю суттю є такі акти юридичного стану, які підлягають державній реєстрації: народження фізичної особи та її походження, громадянство, шлюб, розірвання шлюбу, зміна імені, смерть. У

цих випадках їхня реєстрація є елементом публічного правопорядку і регулюється нормами адміністративного законодавства. Враховуючи зазначене, пропонується вести мову про юридичні стани як такі, розрізняючи поміж них публічні акти юридичного стану та приватні акти юридичного стану» [530, с. 18–19]. Юридичні факти галузі приватного права від публічного відрізняються тим, що останні мають чітку законодавчу регламентацію.

Юридичні факти являють собою ті чи інші життєві обставини, окреслені в адміністративно-правових нормах, настання яких призводить до виникнення, розвитку, зміни та припинення адміністративних правовідносин, виступають засобом їх регулювання, забезпечуючи динаміку зазначених юридичних зв'язків. Існування юридичних фактів дозволяє «пристосувати» норми адміністративного законодавства до конкретного випадку в межах адміністративно-правових відносин. Сукупність таких юридичних фактів у поєднанні з умовами, що мають юридичне значення, зазвичай відображені в нормі адміністративного права, а їх настання призводить до конкретних правових наслідків.

Загальна характеристика підстав виникнення, зміни, розвитку та припинення правових та адміністративно-правових відносин може бути уточнена залежно від сфери їх виникнення. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я пов'язані з управлінськими процесами, такими як: «ухвалення нормативно-правових актів, які регламентують медичну та фармацевтичну діяльність; забезпечення загальнодоступності медичних послуг (медичної допомоги); забезпечення якості та безпеки медичних і фармацевтичних послуг; визначення та забезпечення гарантованого державою обсягу медичних послуг і ліків, які сплачуються з державного бюджету; державний контроль і нагляд в галузі охорони здоров'я» [10, с. 356].

Вказані відносини спрямовані на забезпечення функціонування всієї системи охорони здоров'я, перебувають поза межами безпосереднього надання медичної допомоги і лише організують її здійснення. Відповідно в науці адміністративного права їх прийнято поділяти на такі, що мають місце в

процесі: 1) організації роботи медичних працівників щодо охорони здоров'я, а також профілактики, діагностики, лікування та реабілітації осіб, які потребують медичної допомоги через хворобу, отруєння, вагітність тощо; 2) встановлення адміністративно-правового статусу осіб, які надають чи потребують медичної допомоги; 3) надання медичної допомоги та провадження медичної діяльності, наприклад: хірургічної, трансплантаційної чи проведення клінічних випробувань; 4) регулювання та оптимізації господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, наприклад, вироблення лікарських засобів; 5) забезпечення санітарно-гігієнічного і санітарно-епідеміологічного благополуччя населення; б) організації та здійснення контрольно-наглядової діяльності у сфері охорони здоров'я [66, с. 109].

Необхідно вказати і на той факт, що специфіка підстав виникнення та подальшої динаміки адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я майже не досліджувалася. Найчастіше такі підстави розглядалися як юридичні факти, у зв'язку з настанням яких виникають і трансформуються всі види адміністративно-правових відносин без будь-якої деталізації внаслідок особливостей функціонування кожної суспільно-значущої сфери, включаючи сферу охорони здоров'я.

Значний крок в окресленому напрямі було зроблено З. С. Гладуном, який не тільки визначив підстави виникнення правовідносин у сфері охорони здоров'я (правомірні та неправомірні дії, події), а й конкретизував їх. На думку науковця, «захворювання особи, наприклад, на цукровий діабет чи туберкульоз породжує її право звернутися до загального чи спеціалізованого закладу охорони здоров'я за наданням медичної допомоги та лікування і, відповідно, юридичний обов'язок медичних закладів та їх працівників надавати медичну допомогу. ... Діями є, наприклад, звернення громадянина за медичною допомогою. ... Це правомірні дії. Неправомірні: вчинення медичним працівником дисциплінарного проступку, ушкодження здоров'я з вини працівника закладу охорони здоров'я (деліктні зобов'язання). Події не залежать від волі суб'єктів правовідносин. Людина може померти чи загинути внаслідок

стихійного лиха – землетрусу, повені, удару блискавки, а техногенні чинники – пожежі, аварії тощо – завдати шкоди її здоров'ю» [68, с. 131].

Зауважимо, що вченим наведені лише окремі обставини, настання яких призводить до виникнення зміни та припинення адміністративно-правових відносин. Визначити їх вичерпний перелік неможливо через суспільний прогрес та системну технологічну модернізацію сфери охорони здоров'я. З огляду на це доцільно охарактеризувати та провести загальну систематизацію зазначених підстав.

Передумовами виникнення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я є система соціальних цінностей, елементами якої є здоров'я та життя кожної людини. Спеціальні умови складаються з: 1) адміністративно-правових норм, які регулюють відносини у сфері охорони здоров'я та базуються на відповідних приписах Основного закону держави; 2) правосуб'єктності фізичних і юридичних осіб, яка складається з правоздатності, дієздатності та деліктоздатності. При чому правосуб'єктність як передумова виникнення вказаних відносин не є обов'язковою умовою, що впливає зі специфіки сфери їх існування, адже медична допомога надається будь-якій особі, незважаючи на наявність у неї усіх елементів правосуб'єктності або часткову обмеженість (наприклад, малолітні або особи, над якими в судовому порядку встановлене піклування) [158, с. 61–67].

Підставами виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я є юридичні факти, які характеризуються такими рисами.

1. У більшості випадків виникнення юридичних фактів обумовлено волевиявленням спеціального суб'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – держави (виникнення управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я). Як слушно зауважує В. І. Теремецький, «у публічних галузях права питання визначення ролі факту, певних обставин, що впливають на правові статуси, належить лише органам та структурам публічної влади» [509, с. 59]. Вказане, на нашу думку, обумовлюється такими положеннями.

Як відомо, охорона здоров'я являє собою систему заходів, які здійснюються, зокрема органами державної влади та органами місцевого самоврядування з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя (ст. 1 Закону № 2801-ХІІ) [270]. Зі свого боку, виходячи з положень ст. 3 Конституції України, охорона здоров'я є беззаперечно однією з основних сфер публічного управління. У найзагальнішому розумінні зміст останнього полягає у необхідності налагодження ефективного функціонування всіх суб'єктів описуваної системи з метою надання якісної та висококваліфікованої медичної допомоги.

Найяскравішим прикладом державного волевиявлення (публічного управління) як підстави, що впливає на виникнення та динаміку адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, є проведення медичної реформи, спрямованої на приведення національної системи охорони здоров'я відповідно до міжнародних стандартів.

Викладене свідчить, що адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я виникають з моменту здійснення управлінської діяльності у відповідній сфері (на противагу факту звернення громадянина за медичною допомогою як однієї зі сторін цивільно-правових відносин). Для підтвердження цього звернемося до порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Правовій природі договору про надання послуг первинної медичної допомоги присвячена окрема публікація автора [507]. Утім зазначимо, що аналіз положень наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» від 19.03.2018 № 503 [355] свідчить, що декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, є формою цивільного договору, адже суб'єкти укладення договору мають рівне юридичне становище, оскільки не підпорядковані один одному. Водночас з моменту укладання декларації про вибір лікаря виникають

адміністративно-правові відносини між іншими суб'єктами: НСЗУ як розпорядника бюджетних коштів, які були витрачені для відшкодування державою коштів, витрачених на надання медичної допомоги громадянам, з однієї сторони та закладами системи охорони здоров'я незалежно від форми власності – з іншої. Згідно з умовами такого договору «надавач зобов'язується надавати медичні послуги за програмою медичних гарантій пацієнтам, а замовник зобов'язується оплачувати такі послуги відповідно до встановленого тарифу та коригувальних коефіцієнтів» (п. 8 Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженої постановою Кабміну України від 27.02.2019 № 134) [101]. Зі свого боку затвердження типової або примірної форми адміністративного договору свідчить про існування юридичних передумов їх укладення [126, с. 300], що так само є наслідком публічного управління.

2. Волевиявлення держави як спеціального суб'єкта у сфері охорони здоров'я у формі життєвих обставин знаходить своє вираження в законах і підзаконних нормативно-правових актах, відомчих наказах і розпорядженнях органів державної влади та місцевого самоврядування, а також інших державних і недержавних суб'єктів, що провадять медичну діяльність і надають медичну допомогу. Як приклад наведемо Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (далі – Закон № 2168-VIII) [320], з яким пов'язують старт медичної реформи, а відповідно і початок ряду управлінських процесів у сфері охорони здоров'я, пов'язаних із: забезпеченням надання населенню можливості отримання медичних послуг та лікарських препаратів за програмою медичних гарантій; обранням сімейного лікаря та укладення з ним цивільного договору – декларації про вибір лікаря, який буде надавати первинну медичну допомогу; започаткування роботи електронної системи охорони здоров'я тощо.

3. Зміст юридичних фактів включає конкретну чи абстрактну модель життєвих обставин, пов'язаних із захворюванням осіб, травмуванням, отруєннями, патологічними та фізіологічними станами, організації надання

медичної допомоги, здійснення медичної діяльності та необхідністю удосконалення вказаних процесів. Так, необхідність оновлення національної системи охорони здоров'я обумовлена скороченням показників тривалості життя громадян внаслідок ведення нездорового способу життя; поширенням інфекційних захворювань; наданням медичних послуг низької якості; встановленням надмірно високої ціни на лікарські засоби; наявністю застарілої системи охорони здоров'я, пронизаної поширенням корупційних явищ.

4. Настання юридичних фактів призводить до виникнення, зміни, припинення адміністративних правовідносин організаційно-розпорядчого характеру. Необхідність перебудови системи охорони здоров'я в Україні супроводжується створенням, реорганізацією та ліквідацією багатьох її закладів. Тільки внаслідок утворення Центру громадського здоров'я МОЗ України було прийнято рішення про приєднання до нього понад десяти закладів системи охорони здоров'я [423].

5. Юридичні факти можуть бути наслідком отримання громадянином спеціальних статусів, пов'язаних зі станом здоров'я, а також відповідно набуттям сукупності прав і обов'язків (наприклад, визнання особи непрацездатною чи отримання інвалідності).

6. Юридичні факти в цьому випадку є сполучною ланкою між суспільними зв'язками та правовими нормами, в результаті чого виникають та отримують подальший розвиток адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я.

Залежно від волевиявлення суб'єкта юридичні факти, що призводять до виникнення та трансформації адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, можна поділити на: правомірні та неправомірні юридичні діяння (дії та бездіяльність), юридичні події (унікальні та періодичні, випадки та явища, персональні та колективні, зворотні та незворотні). Правомірними юридичними діяннями у сфері охорони здоров'я можуть бути укладення договору про вибір лікаря, проведення санітарно-епідеміологічної перевірки, видання нормативно-правових актів з метою покращення ефективності роботи

закладів охорони здоров'я в межах і порядку, передбачених чинним законодавством, надання пропозицій у процесі обговорення питань з удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я тощо. Таким чином, під правомірними юридичними діями у сфері охорони здоров'я необхідно розуміти дії фізичних і юридичних осіб, регламентовані нормами адміністративного права. Неправомірні юридичні дії передбачають порушення встановлених законодавчих положень. Йдеться про порушення норм адміністративного права у сфері охорони здоров'я (наприклад, умисне непроходження медичного огляду чи обстеження особою, яка систематично зобов'язана його проходити або продаж лікарського засобу без рецепта за обов'язкової умови його наявності). До подій як різновиду юридичних фактів, що є підставами виникнення зміни та припинення адміністративно-правових відносин, можна віднести стихійні та природні лиха, які впливають на здоров'я та санітарно-епідеміологічне благополуччя населення (тайфуни, циклони, землетруси та навіть звичайна зміна гідрометеорологічної ситуації).

В таких випадках завдання держави полягає в оперативному реагуванні на подію для того, щоб мінімізувати її негативні наслідки, в тому числі пов'язані зі шкодою для здоров'я населення. Це залежить від якісної роботи всієї системи охорони здоров'я.

Для юридичних фактів також характерна термінологічна визначеність (йдеться про строки, які можуть бути імперативними чи диспозитивними). Водночас правомірні юридичні дії поділяються на юридичні вчинки та юридичні акти. Останні є більш характерними для адміністрування у сфері охорони здоров'я, що пояснюється особливостями управлінської діяльності, яка переважно реалізується шляхом видання наказів, вказівок і розпоряджень. Неправомірні юридичні дії у сфері охорони здоров'я призводять до виникнення адміністративно-деліктних відносин. Щодо строків (як юридичних фактів), то у сфері охорони здоров'я переважають саме імперативні строки, оскільки лише шляхом встановлення визначених строків стає можливим регулювання адміністративно-правових відносин.

Юридичні факти відіграють стратегічно важливу роль при виникненні, зміні та припиненні всіх правових відносин, зокрема й у сфері охорони здоров'я. Більше того, за рахунок власного змістовного наповнення вони визначають напрями подальшого розвитку та характер самих правовідносин. Основною особливістю юридичних фактів, внаслідок існування яких виникають і розвиваються адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я, є те, що вони не пов'язані зі зверненням громадян до тих чи інших державних і недержавних інституцій, а виникають набагато раніше – з моменту початку здійснення публічного адміністрування сферою охорони здоров'я, за наявності необхідних передумов.

Однак, незважаючи на їх значущість в теорії адміністративного права, вони залишаються малодослідженою категорією, що, напевно, можна пояснити їх загальним характером та різноманіттям. Дослідження юридичних фактів як підстав виникнення та розвитку адміністративних правовідносин у сфері охорони здоров'я ускладнюється наявністю різних видів правових відносин, що існують в її межах. Слід підтримати думку С. Л. Саржан: «в процесі повсякденного життя юридичні факти певної галузі права традиційно декларують ті правовідносини, які формуються і змінюються в межах даної галузі права. Але часто передумови юридичних фактів, виникаючи на стику різних галузей права, не лише констатують ті або інші юридичні факти, але й визначають подальший розвиток значимих дій чи подій» [455, с. 234]. Отже, для здійснення подальшого дослідження цієї тематики та уточнення отриманих висновків і положень необхідно з'ясувати проблеми, які виникають під час розмежування адміністративних та інших видів правових відносин, що виникають в межах окресленої нами сфери.

1.3. Проблеми розмежування адміністративних та інших правовідносин, що виникають у сфері охорони здоров'я в Україні

Сфера охорони здоров'я в Україні є складною та багатокомпонентною системою, оскільки вміщує різні правовідносини, комплексні за своєю правовою природою. Справа в тому, що саме наявність комплексних складних правовідносин забезпечує функціонування всіх напрямів діяльності системи охорони здоров'я, які потребують правового регулювання.

Більш того, правові відносини в цій сфері тісно пов'язані між собою настільки, що інколи практично неможливо без додаткового дослідження провести їх розмежування. Наприклад, процес виробництва та розповсюдження ліків або інших медичних препаратів одночасно може включати щонайменше три види юридичних відносин: адміністративні – у контексті встановлення органами державної влади норм, правил та стандартів, пов'язаних із виробництвом лікарських засобів; господарсько-правові відносини, що виникають під час організації самого процесу виробництва продукції та здійснення господарської діяльності; цивільні правовідносини, що можуть розвиватися у процесі організації постачання медичних препаратів. Розмежування різних видів правовідносин, що виникають в межах певного процесу, спрямованого на досягнення конкретного результату, дозволить оптимізувати такий процес шляхом детального та ефективного регулювання кожного з видів правовідносин.

На противагу нашому погляду, відповідно до якого сфера охорони здоров'я являє собою комплексну галузь права, в межах якої виникають і розвиваються сукупність різних видів юридичних відносин, які необхідно розмежовувати між собою, існують й інші погляди. Всі вони систематизовані в дослідженні Р. А. Майданика, в якому він виокремлює три відмінних підходи щодо галузевої належності відносин юридичного характеру в системі охорони здоров'я [227].

Відповідно до першого підходу, процес надання медичної допомоги належить до предмета цивільного права та регулюється його нормами з огляду на те, що в її основі лежить укладення договору, юридична природа якого тяжіє до інституту зобов'язального права. Необхідно зауважити, що такий підхід не охоплює різноманіття суспільних відносин, що виникають в межах сфери охорони здоров'я, оскільки остання передбачає надання екстреної медичної допомоги у виключних випадках, коли це необхідно для збереження здоров'я чи життя особи. З огляду на свій терміновий характер остання надається в терміновому порядку без згоди особи та інколи без документального оформлення, оскільки зволікання на оформлення дозволів на таке втручання, наприклад від родичів або інших близьких осіб, може призвести до каліцтва чи взагалі до летальних наслідків[227].

Другий підхід базується на віднесенні діяльності, пов'язаної з медичним обслуговуванням, до предмета адміністративного права. Прихильники третього підходу виокремлюють медичне право як самостійну галузь чи підгалузь права соціального забезпечення, обґрунтовуючи це наявністю самостійного предмета, методів регулювання та наявністю специфічних відносин, що мають юридичне забарвлення [227].

Необхідно зазначити, що така правова дискусія ускладнює розуміння процесу правового регулювання системи охорони здоров'я і, як наслідок, відмежування зв'язків, що виникають всередині неї. Поділ та характеристику останніх вважаємо за необхідне розпочати з визначення правових відносин у сфері охорони здоров'я, визначення їх місця та співвідношення з правовими відносинами управління охороною здоров'я, які є складовою предмета адміністративного права.

У загальній теорії права правовідносини прийнято поділяти за різними критеріями, серед яких важливим є їх поділ за предметом правового регулювання (галузями права) на: конституційні, цивільні, адміністративні, кримінальні, трудові, фінансові, сімейні [123, с. 337; 497, с. 615; 505, с. 196–197; 498, с. 488] тощо. Переважна більшість із зазначених видів правовідносин,

разом із медичними та господарськими правовідносинами, перебуваючи в тісному взаємозв'язку, буквально наповнюють сферу охорони здоров'я. Між тим, кожен з видів правових відносин потребує особливого регулювання правовими нормами, характерними для різних галузей права. З огляду на зазначене пропонуємо розглянути кожен вид правових відносин, які виникають в системі охорони здоров'я, а саме: конституційно-правові, цивільно-правові, господарсько-правові, трудові та медичні правовідносини у їх взаємозв'язку з адміністративно-правовими відносинами, юридична природа яких була детально висвітлена в першому підрозділі дисертації.

Конституційно-правові відносини у сфері охорони здоров'я пов'язані з нормами статей 3, 24, 27, 28, 36, 43, 49, 50, 92, закріпленими в Основному законі держави [196], вони гарантують кожному право на охорону здоров'я і підтримання нормального фізичного та психоемоційного стану населення, яке забезпечує його існування та розвиток. Традиційно під конституційно-правовими відносинами розуміються «суспільні відносини, врегульовані нормами конституційного права України, змістом яких є юридичний зв'язок між його суб'єктами у формі взаємних прав і обов'язків, передбачених відповідною нормою конституційного права» [195, с. 18]. Зміст цих правових відносин розкривається через набір суб'єктивних прав і обов'язків, закріплених у конституційно-правових положеннях, що визначають коло прав і обов'язків суб'єктів, які пов'язані між собою конституційними правовідносинами, які по суті віддзеркалюють сутність політико-державного управління. У науковій літературі важливими ознаками правових відносин, що регулюються нормами конституційного права, вважають такі: «це найбільш суттєві суспільні відносини, котрі виникають у сфері здійснення влади народом України; це різновид політико-правових відносин, основним предметом їх регулювання є політика, тобто та сфера життєдіяльності суспільства, яка пов'язана з державною владою, зі змаганням різних політичних партій і соціальних груп за здобуття та здійснення влади; їм властиве особливе коло суб'єктів, головною ознакою яких є реалізація державно-владних повноважень; для них

характерний особливий спосіб реалізації прав і обов'язків учасників відносин; вони виникають і реалізуються у сфері власне державної діяльності як такої; для них характерний особливий спосіб реалізації прав і обов'язків учасників відносин; вони виникають і реалізуються у сфері власне державної діяльності як такої» [42, с. 12–13].

Конституційно-правові відносини переважно виникають з приводу організації функціонування всього державного механізму, врегульовують порядок його становлення та специфіку здійснення владної державної діяльності, яка реалізується народом України насамперед через Верховну Раду України, Кабмін України, Президента України, органи місцевого самоврядування. Визначальну роль в конституційно правових відносинах відіграють його об'єкти – явища, дії, соціальні цінності та блага, з приводу яких такі відносини виникають і розвиваються, заради отримання яких особи власне і вступають в такі правовідносини. Вказані об'єкти правовідносин у науці конституційного права визначаються по-різному. Наприклад, до них відносять: територію держави; поведінку людей; цінності, що мають як матеріальне, так і нематеріальне вираження; діяльність органів державної влади та місцевого самоврядування, а також інших державних і недержавних суб'єктів [230, с. 31–32]. Також відомий поділ вищезазначених об'єктів на матеріальні та нематеріальні, до перших відносять: «політичні блага – конституційний лад, суверенітет, влада народу, державна влада, громадянство, депутатський мандат, посада, територіальна цілісність тощо; дії уповноваженого суб'єкта; дії зобов'язаних суб'єктів (підпорядкованих органів державної влади, суб'єктів правовідносин, щодо яких прийняте відповідне рішення Конституційного Суду України); речі та інші майнові й духовні блага; поведінка суб'єктів конституційно-правових відносин; результати поведінки суб'єктів таких відносин; природні об'єкти» [525, с. 22]. Водночас другі об'єднують: «особисті нематеріальні блага людини та громадянина (життя, здоров'я, честь, гідність); певні соціальні властивості й риси об'єднань, спільнот; духовні цінності» [42, с. 14]. При цьому деякі з названих об'єктів так чи інакше стосуються цінностей,

що охоплюються сферою охорони здоров'я. Йдеться про життя та здоров'я, які формалізуються у відповідних конституційних правах.

Отже, самі по собі конституційно-правові відносини у сфері охорони здоров'я мають загальний характер, а тому вони створюють фундамент для подальшого розвитку всіх інших видів правових відносин у цій сфері, в тому числі й адміністративних. Це насамперед обумовлюється загальним правовим характером норм конституційного права, які не регулюють функціонування системи охорони здоров'я, але створюють умови для її розвитку та функціонування через закріплення права кожної особи на здоров'я, медичну допомогу й обслуговування та визначення їх забезпечення як обов'язку держави, а отже, й органів державної влади. Крім того, конституційні положення регламентують порядок роботи органів державної влади, що мають визначальний вплив на всі відносини системи охорони здоров'я, окреслюють напрями їх розвитку шляхом встановлення чіткої державної політики в зазначеній сфері (насамперед йдеться про Верховну Раду України, Кабмін України та Президента України).

Утім, на жаль, не всі конституційні положення відповідають сучасним реформаційним процесам в державі, зокрема у сфері охорони здоров'я. Так, у ч. 3 ст. 49 Основного закону держави закріплено, що «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» [196]. Стосовно розуміння безоплатності медичної допомоги Конституційний суд України у рішенні про безоплатну правову допомогу від 29.05.2002 № 10-рп/2002 пояснив таке: «словосполучення «безоплатність медичної допомоги» означає неможливість стягування з громадян плати за таку допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я у будь-яких варіантах розрахунків (готівкою або безготівкових): чи у вигляді «добровільних внесків» до різноманітних медичних фондів, чи у формі обов'язкових страхових платежів (внесків) тощо» [438] (п. 4). Водночас реформування сфери охорони здоров'я передбачає впровадження Програми медичних гарантій, яка містить перелік і обсяг медичних послуг і лікарських засобів, які фактично

оплачуються державою. Поза межами цієї програми передбачається, що пацієнт повинен самостійно оплатити необхідні йому медичні послуги. Такі реалії, на жаль, не співвідносяться з конституційною нормою про надання абсолютно безоплатної правової допомоги, а тому потребують уточнення.

Цивільно-правовим відносинам у сфері охорони здоров'я передують укладення угод (медичних, у тому числі договору на медичне обслуговування, та господарських). Нормативною підставою виникнення такого виду правовідносин є низка статей ЦК України, а саме: 281 «Право на життя», 282 «Право на усунення небезпеки, яка загрожує життю та здоров'ю», 283 «Право на охорону здоров'я», 284 «Право на медичну допомогу»; 285 «Право на інформацію про стан свого здоров'я», 286 «Право на таємницю про стан здоров'я», 287 «Права фізичної особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я», 626 «Поняття та види договору», 634 «Договір приєднання», 638 «Укладення договору», глава 63 «Послуги. Загальні положення» [535]. У переважній більшості норм наведених статей закріплені специфічні права особи у сфері охорони здоров'я, зокрема такі, що стосуються: здійснення медичних досліджень (виключно щодо повнолітніх і дієздатних фізичних осіб); проведення клінічних випробувань; заборони евтаназії (припинення життя особи на її прохання); процедур стерилізації, штучного переривання вагітності, а також застосування репродуктивних технологій; права особи, яка досягла чотирнадцяти років, на вибір методики лікування та лікаря, включаючи відмову від нього, а також право на автентичну, повну об'єктивну інформацію щодо стану власного здоров'я, включаючи її конфіденційність; надання особі психіатричної допомоги. Отже, беззаперечною вбачається теза, що певні правовідносини, які розвиваються в межах системи охорони здоров'я, є цивільно-правовими.

Виникнення та розвиток обох видів правовідносин обумовлюється необхідністю організації, надання, здійснення та отримання медичних послуг і медичної допомоги, тобто забезпечення конституційного права громадянина на медичну допомогу та медичне обслуговування. Зокрема, І. Я. Сенюта пропонує

під цивільними правовідносинами у сфері надання медичної допомоги розуміти «врегульовані нормами цивільного права особисті немайнові та майнові відносини, які виникають між пацієнтом, з одного боку, і медичним працівником, закладом охорони здоров'я, фізичною особою-підприємцем, яка провадить господарську діяльність з медичної практики, – з іншого, з приводу профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами та іншими патологічними процесами, а також у зв'язку з фізіологічними станами з метою збереження, зміцнення, розвитку або відновлення здоров'я пацієнта та (або збереження його життя)» [459, с. 23].

Отже, в цивілістиці цивільно-правові відносини пов'язують не лише з наданням медичних послуг, а й з наданням медичної допомоги. З приводу співвідношення цих двох понять в науці сформувалось декілька підходів. Наприклад, В. О. Савченко, дослідивши співвідношення понять «медичні послуги» та «медична допомога», акцентував увагу на тому, що надання медичних послуг, на відміну від медичної допомоги, не має прив'язки до стану здоров'я особи. Медичні послуги можуть надаватись не тільки в межах медичної допомоги, тому є більш ширшим за своїм змістом поняттям [452, с. 357]. Схожої точки зору дотримується Г. Я. Оверко: «Надання медичних послуг фізичній особі як безоплатно, так і платно, регулюється і нормами права соціального забезпечення, і цивільно-правовими нормами. Відносини з відшкодування моральної шкоди, заподіяної при наданні медичних послуг, завжди мають цивільно-правовий характер і регулюються цивільним законодавством» [264, с. 194]. О. О. Прасова визначає медичну допомогу як таку, що надається в межах медичних послуг, які можна розглядати в широкому та вузькому розумінні як дії медичних працівників, пов'язаних із забезпеченням права на здоров'я, та такі ж самі дії, що не пов'язані з наданням медичної допомоги [304, с. 8].

Поняття «медична допомога» та «медична послуга» сьогодні знайшли своє відображення в Основах законодавства про охорону здоров'я [270], де вони справедливо розмежовуються: медична допомога ототожнюється з

професійною діяльністю медичних працівників широкого спектра (профілактика, діагностика, лікування та реабілітація), тоді як медична послуга зводиться до надання державі, органам місцевого самоврядування, юридичним і фізичним особам послуг медичного характеру. Отже, медичні послуги є більш широким поняттям, яке включає в себе надання медичної допомоги [151, с. 50].

З метою поглиблення розуміння цивільно-правових відносин, у тому числі тих, що виникають у сфері охорони здоров'я, необхідно окреслити юридичну природу, яка відображена в їх поняттях як «особистих немайнових або майнових відношень, врегульованих нормами цивільного права, що виникає між автономними і рівноправними суб'єктами, які наділені суб'єктивними цивільними правами та суб'єктивними цивільними обов'язками» [534, с. 99; 209, с. 21]. Отже, вказані правовідносини можуть виникати з метою отримання їх учасниками як матеріальних, так і нематеріальних благ, тобто отримання цінностей, що мають матеріальне та нематеріальне вираження. Вони регулюються цивільно-правовими нормами за допомогою диспозитивного методу, призначеного для упорядкування зв'язків між юридично-рівними учасниками правовідносин – такими, що мають однаковий обсяг прав і обов'язків, можуть використовувати їх на власний розсуд, а також в однаковій мірі несуть юридичну, зокрема цивільно-правову відповідальність.

Процес надання медичної допомоги супроводжується укладенням обох видів договорів. Пропонуємо надалі розглянути відмінності в наданні медичних послуг за адміністративним і окремим видом цивільно-правового договору – договором приєднання. Аналізуючи визначення договору приєднання, що міститься у ст. 634 ЦК України, у сфері медичного обслуговування він характеризується: 1) специфічною метою – отримання матеріальних або нематеріальних благ, пов'язаних із здоров'ям або життям особи, як правило, за певну плату; 2) наявністю усталених уніфікованих умов такого договору, котрі встановлюються однією з його сторін; 3) тим, що інша сторона договору може лише приєднатися до нього, погодившись на встановлені умови, в іншому

випадку договір між сторонами не укладається; 4) стандартною формою, яка є загальною для всіх суб'єктів, котрі бажають його укласти; 5) механізмом захисту прав і свобод «слабкої» сторони договору, тобто суб'єкта, який лише погоджується на встановлені умови, та позбавлений права їх змінювати; під вказаним механізмом в даному випадку слід розуміти право менш захищеної сторони, яка приєднується до договору, в тому випадку, коли через це позбавляється своїх прав.

Наведені вище риси дозволяють стверджувати, що Декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу [356], – це договір приєднання. На користь такого висновку необхідно зарахувати й те, що: по-перше, підписання декларації з лікарем є правом особи, а не її обов'язком; звичайно, отримати безоплатне медичне обслуговування без підписання такої декларації є неможливим (виняток становлять окремі категорії осіб), але жодна норма законодавства не зобов'язує особу це робити; по-друге, особа, котра підписує медичну декларацію, на власний розсуд обирає контрагента, керуючись власним уподобанням. На практиці це може бути будь-який лікар, який має право надавати первинну медичну допомогу, і лікарня незалежно від форми власності (комунальна чи приватна); по-третє, в цьому випадку має місце принцип свободи договору, притаманний цивільно-правовим договорам (це підтверджується наданою вище характеристикою вказаного договору); по-четверте, жодна зі сторін договору (особа або медичний заклад) не наділені владними повноваженнями відносно один одного та один одному не підпорядковуються [177, с. 50]. Отже, правовідносини, що виникають між пацієнтом і лікарем (приватним або комунальним медичним закладом), є цивільно-правовими, а тому регулюються Книгами 2 («Особисті немайнові права фізичної особи») і 5 («Зобов'язальне право») ЦК України, щонайменше в частині декларації.

Правовідносини між лікарем і пацієнтом мають свої особливості. Перш за все вони виникають після підписання між ними договору, умови якого будуть обов'язковими для обох сторін. Обов'язковою є і згода пацієнта на подальші дії

лікаря. У свою чергу, лікарі повинні здійснювати лікування, відповідно до спеціальних стандартів (протоколів), а також за необхідності направляти хворого до потрібного фахівця [507, с. 156].

Надання безоплатної медичної допомоги, зокрема первинної, здійснюється не лише на основі підписання медичної декларації з лікарем. Разом з нею укладається інший – договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [101], який є адміністративним. Як слушно зауважує О. П. Світличний, адміністративний договір є «одним із способів захисту прав і свобод людини і громадянина, що використовується в правотворчій та правозастосовній діяльності органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування» [456, с. 259]. Вказаному адміністративному договору, як такому, що має місце у сфері охорони здоров'я, притаманні власні ознаки, серед яких: 1) специфічні сторони договору, однією з яких завжди буде орган державної влади – НСЗУ [424], а іншою – фізична особа; 2) метою укладення договору є отримання відшкодування органом державної влади медичному закладу коштів, витрачених на надання громадянину безоплатної первинної медичної допомоги на основі програми державних гарантій; 3) укладення цього договору та виконання за ним зобов'язань дає можливість забезпечити належне фінансування надання медичної допомоги, що складає один із аспектів організаційного забезпечення; 4) типові умови договору закріплено на законодавчому рівні, а тому вони є незмінними; 5) договір може бути припинено достроково чи шляхом його розірвання. Таким чином, договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій можна визнати адміністративним, оскільки: по-перше, однією зі сторін є суб'єкт владних повноважень (НСЗУ), наділений спеціальною компетенцією у сфері охорони здоров'я, який діє виключно у межах та у спосіб, передбачений чинним законодавством; по-друге, відшкодування медичному закладу витрачених коштів на медичне обслуговування МОЗ України через НСЗУ є обов'язком, а не правом органа виконавчої влади; по-третє, попередні дві обставини свідчать про відсутність свободи договору під час укладення

договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, тобто однієї з основних рис цивільно-правового договору; по-четверте, сторони такого договору перебувають у підпорядкуванні, а тому є нерівними; по-п'яте, МОЗ України не має права відмовити в перерахуванні грошей клініці, де лікар уклав медичну декларацію, тобто МОЗ України ніякої особистої вигоди та благ для себе не набуває [177, с. 51].

Наведена характеристика цивільно-правових та адміністративних договорів у сфері охорони здоров'я дозволяє дійти таких висновків: 1) обидва договори мають відмінний суб'єктний склад (в адміністративному договорі – це орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, задля чого він наділяється специфічною компетенцією і державно-владними повноваженнями, та суб'єкт, який перебуває з ним у відносинах, що будуються за моделлю «влада-підпорядкування», а в цивільному – сторони є юридично рівними); 2) метою укладення цивільного договору у сфері охорони здоров'я є отримання медичної допомоги та медичного обслуговування, водночас адміністративний договір забезпечує реалізацію особі права на отримання такої допомоги чи обслуговування безоплатно. Отже, незважаючи на зовнішню схожість цивільно- та адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, вони є різноманітними з точки зору суб'єктів, між якими ці відносини виникають, та підстав їх виникнення [177, с. 51–52].

Як уже було зазначено раніше, цивільно-правові відносини виникають з приводу надання медичних послуг на підставі укладення договору про медичне обслуговування. Зауважимо, що не всі категорії населення укладають такі угоди, зокрема виняток становлять окремі категорії службовців, які отримують медичне обслуговування у відомчих закладах охорони здоров'я або відповідно до корпоративних договорів на медичне обслуговування. З одного боку, це гарантує доступність медичного обслуговування, а з іншого – позбавляє фактичної можливості реалізації права обрати собі лікаря та заклад охорони здоров'я. Тим часом прикладами вказаних угод залежно від виду медичної послуги, яка є предметом договору, на думку А. А. Герц, можуть бути такі їх

види: договір про надання хірургічних послуг, договір про надання послуг в пластичній хірургії, договори про надання акушерсько-гінекологічних та репродуктивних послуг, договори у сфері стоматологічних послуг, договори у сфері трансплантації органів, договори у сфері надання терапевтичних послуг, договори у сфері надання реабілітаційних послуг, договір про зміну статевої належності, договір про надання психіатричних послуг, договір про лікування нетрадиційними медичними способами [64, с. 152–159].

Метою, заради якої суб'єкти вступають у цивільні правовідносини, є їх об'єкт: «1) це матеріальні та нематеріальні блага, предмети матеріального світу, заради яких (з приводу яких) між суб'єктами цивільних правовідносин виникають правові зв'язки; 2) все те, з приводу чого виникає і здійснюється суспільний зв'язок між суб'єктами» [209, с. 23] або «речі, у тому числі гроші й цінні папери; інше майно, у тому числі майнові права і обов'язки; результати робіт, послуг; результати інтелектуальної діяльності; інформація; інші матеріальні та нематеріальні блага» [109, с. 26] (ст. 177 ЦК України). Окрім юридичних фактів як підстави виникнення таких правових відносин, законодавець визначає: «1) договори та інші правочини; 2) створення літературних, художніх творів, винаходів та інших результатів інтелектуальної, творчої діяльності; 3) завдання майнової (матеріальної) та моральної шкоди іншій особі» [535] (ч. 2 ст. 11 ЦК України). Отже, цивільно-правові відносини виникають не лише внаслідок укладення договору на медичне обслуговування, результатом якого є отримання особою визначених медичних послуг.

Цивільно-правові відносини можуть виникати і у зв'язку з отриманням інноваційних результатів під час досліджень у сфері охорони здоров'я, в тому числі вироблення нових лікарських засобів, медичних препаратів і медичного обладнання. У такому разі останні будуть вважатися результатом інтелектуальної діяльності, а процес патентування регулюватися нормами цивільного законодавства. У цьому напрямі значний науковий внесок було здійснено Т. Ю. Ключко, яка на монографічному рівні дослідила цивільно-правовий режим лікарських засобів як об'єкта права інтелектуальної власності:

«лікарський засіб як об'єкт цивільних прав, який є речовиною (комбінацією речовин), що може (можуть) бути у вільному обігу, або щодо якої (яких) такий обіг може бути обмежено у випадках, встановлених законодавством, наділено особливими властивостями, що визначають її (їх) призначення, має (мають) ознаки рухомих споживчих речей, визначених родовими або індивідуальними ознаками, а також яка (які) сприяє (сприяють) людині в одужанні, профілактиці захворювань, тим самим забезпечуючи реалізацію особистого немайнового права на здоров'я; ... об'єктом винаходу (корисної моделі) може бути не лише речовина лікарського засобу, але і процес, пов'язаний із виготовленням або новим застосуванням відомого продукту чи процесу» [146, с. 15], а також процедури патентування, отримання дозволу на використання винаходу (корисної моделі) та конфіденційності інформації, яку містять відомості, подані у зв'язку з процедурою реєстрації, патентування винаходу чи корисної моделі [146, с. 17].

До договорів, укладання яких регламентується нормами цивільного законодавства, можна віднести і договір страхування. В Законі України «Про страхування» закріплений такий вид страхування як медичне, при чому договір на такий вид страхування може бути укладений як в обов'язковому, так і в добровільному порядку (п. 3 ч. 4 ст. 6, п. 1 ч. 1 ст. 7), а власне під страхуванням розуміється «вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів» [417]. Отже, на вказаний вид договорів поширюються загальні норми глави 67 ЦК України [535].

Сьогодні у Верховна Рада України зареєстровано проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні, яким останнє визначено як «форма фінансового забезпечення витрат населення України, що можуть бути понесені на лікування, діагностику, профілактику,

реабілітацію, забезпечення ліками та засобами медичного призначення тощо у разі хвороби, нещасного випадку, в межах, визначених договором та Програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування, за рахунок грошових фондів (страхових резервів страховика та коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування), що формуються шляхом сплати страхувальниками страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування, отримання доходів від розміщення коштів цих фондів та з інших, передбачених цим законом джерел» [429]. Незважаючи на доцільність вказаного законопроекту, його навряд чи буде прийнято, адже він передбачає створення Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування як юридичної особи публічного права з метою акумулювання коштів з подальшою їх виплатою за договорами загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Утім наразі вже створено НСЗУ, яка виконує ті ж самі функції.

Одночасно вважаємо слушним зауваження О. С. Кізлової з приводу того, що: «серед таких послуг можуть бути не тільки медичні, але й сервісні послуги (розміщення у стаціонарі з додатковими зручностями, харчуванням), побутові, інформаційні тощо. Так, надання сервісних зручностей при наданні медичної послуги не відбивається на утриманні складових її професійних медичних дій і не є складовою частиною власне медичної послуги – це сервісна послуга. Не відноситься до медичних, як і взагалі до послуг медично-статистична та судово-медична експертна діяльність» [143, с. 418].

Цивільно-правові відносини дійсно мають місце в процесах, які забезпечують функціонування сфери охорони здоров'я, і є підставою для надання особам різного роду медичних послуг. У контексті розмежування цивільно-правових та адміністративно правових відносин у сфері охорони здоров'я важливу роль відіграє норма національного законодавства, яка встановлює своєрідну межу між двома вказаними видами правових відносин. Так, «до майнових відносин, заснованих на адміністративному або іншому

владному підпорядкуванні однієї сторони другій стороні, а також до податкових, бюджетних відносин цивільне законодавство не застосовується, якщо інше не встановлено законом» [535] (ч. 2 ст. 1 ЦК України). Підсумовуючи наведене, слід зазначити, що розмежування адміністративних і цивільних правовідносин повинно здійснюватися за ознакою приватності останніх, яка в цьому разі має форму зобов'язання стосовно надання медичних послуг, що може виникнути на підставі договору, публічної обіцянки тощо. Такі відносини виникають між юридично рівними суб'єктами та на відміну від адміністративно-правових відносин публічного характеру повністю виключають будь-яку імперативність і побудову ієрархічних відносин, що передбачають підпорядкування одних осіб іншим, а тому не носять організаційно-розпорядчого характеру. До того ж вони спрямовані не на організацію роботи системи охорони здоров'я, а мають на меті задовольнити конкретні потреби фізичних осіб, шляхом сприяння у реалізації сукупності цивільно-правових норм, що закріплюють право на охорону здоров'я та інші суміжні права.

Господарсько-правові відносини у сфері охорони здоров'я виникають під час здійснення господарської діяльності – «діяльності суб'єктів господарювання у сфері суспільного виробництва, спрямованої на виготовлення та реалізацію продукції, виконання робіт чи надання послуг вартісного характеру, що мають цінову визначеність» [76] (ч. 1 ст. 3 ГК України). Власне під господарсько-правовими відносинами необхідно розуміти «відносини, що виникають у процесі організації та здійснення господарської діяльності між суб'єктами господарювання, а також між цими суб'єктами та іншими учасниками відносин у сфері господарювання» [212, с. 16]. Перелік учасників таких правовідносин міститься у ст. 2 Господарського кодексу України. Це «суб'єкти господарювання, споживачі, органи державної влади та органи місцевого самоврядування, наділені господарською компетенцією, а також громадяни, громадські та інші організації, які виступають засновниками суб'єктів господарювання чи здійснюють щодо них організаційно-господарські

повноваження на основі відносин власності» [76]. До суб'єктів господарювання також необхідно зарахувати юридичних і фізичних осіб-підприємців, що провадять господарську діяльність, а також зареєстровані у порядку, визначеному положеннями чинного законодавства. Показовим є те, що до суб'єктів, які здійснюють медичне обслуговування, законодавець відносить: 1) юридичних осіб – заклади охорони здоров'я; 2) фізичних осіб-підприємців (п. 6 ч. 1 ст. 3 Закону № 2801-ХІІ [270]). Зі свого боку перші можна поділити на: «лікувально-профілактичні заклади; санітарно-профілактичні заклади; аптечні та інші фармацевтичні заклади; заклади медико-соціального захисту; інші заклади, що можуть існувати як: негосподарюючі суб'єкти публічного права, які фінансуються з бюджету, або їх структурні підрозділи; суб'єкти некомерційного господарювання публічного права, що фінансуються з бюджету; суб'єкти некомерційного господарювання публічного права, що знаходяться на повному госпрозрахунку» [284, с. 13].

Серед господарських відносин розрізняють господарсько-виробничі, організаційно-господарські та внутрішньогосподарські відносини [212, с. 17; 74, с. 53–54; 75, с. 13], які деталізуються в нормах ГК України: «господарсько-виробничими є майнові та інші відносини, що виникають між суб'єктами господарювання при безпосередньому здійсненні господарської діяльності» (ч. 5 ст. 3); «під організаційно-господарськими відносинами у цьому Кодексі розуміються відносини, що складаються між суб'єктами господарювання та суб'єктами організаційно-господарських повноважень у процесі управління господарською діяльністю» (ч. 6 ст. 3); «внутрішньогосподарськими є відносини, що складаються між структурними підрозділами суб'єкта господарювання, та відносини суб'єкта господарювання з його структурними підрозділами» (ч. 7 ст. 3) [76]. В межах вказаних видів господарської діяльності розвиваються правовідносини з приводу здійснення: «а) господарської діяльності, пов'язаної з виробництвом лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичної техніки, їх реалізації, а також надання медичних послуг суб'єктами господарювання, які знаходяться на повному госпрозрахунку, з

метою або без мети отримання прибутку; б) господарської діяльності суб'єктами некомерційного господарювання, що фінансуються з бюджету, пов'язаної з наданням медичних послуг та медичної допомоги, а також пов'язаної з виготовленням лікарських засобів в умовах міжлікарняної аптеки без права торгівлі; в) господарського забезпечення негосподарюючими суб'єктами в межах господарської компетенції, пов'язаної з виконанням адміністративних функцій; г) управління господарською діяльністю закладів охорони здоров'я через застосування основних засобів регулюючого впливу держави» [284, с. 7].

Господарсько-правові відносини можуть мати місце як у сферах матеріального (безпосереднє створення та обіг матеріальних благ), так і нематеріального виробництва. Галузь охорони здоров'я тяжіє саме до сфери нематеріального виробництва, адже при матеріальному виробництві (у зв'язку зі здійсненням охорони здоров'я) виникає інший вид правовідносин – цивільні, які мають місце під час надання медичних послуг або купівлі медичних препаратів або лікарських засобів. Водночас сфера охорони здоров'я повністю не виключає вироблення матеріальних благ у процесі господарської діяльності. Йдеться про медичну техніку, проміжні препарати та речовини, які є основою вироблення медичних препаратів і лікарських засобів тощо. Зазначене свідчить про факт здійснення господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, під якою Л. І. Куц розуміє «діяльність господарських організацій охорони здоров'я та громадян-підприємців у сфері нематеріального виробництва, здійснювану за умови наявності ліцензії, спрямовану на виробництво та реалізацію продукції (товарів), виконання робіт та надання послуг медичного характеру, що мають безпосередній вплив на здоров'я та життя людини і функціонують як товари, що передаються споживачам на платній основі» [213, с. 183]. З огляду на те, що така діяльність позначається на таких важливих соціальних цінностях, як здоров'я та життя, вона повинна бути безпечною, якісною, суспільно-корисною та здійснюватися відповідно до чинних норм і стандартів, щоб унеможливити будь-який негативний вплив на зазначені цінності.

Слід погодитися з М. О. Горинь та О. Я. Литвин, що «медична допомога, яка надається населенню, – це послуги, які мають свою ресурсну потребу, собівартість та повинні надаватись на належному якісному рівні, незважаючи на те, що переважно постачальник такої послуги одержує за неї кошти не від отримувача, а від держави» [73, с. 27]. Звідси випливає необхідність її регулювання безпосередньо самою державою, яке, зокрема, здійснюється за допомогою процедур (отримання спеціальних дозволів, стандартизації, сертифікації, ліцензування тощо). Наприклад, ліцензування як одна з найпоширеніших процедур державного регулювання визначається як «засіб державного регулювання провадження видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, спрямований на забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері ліцензування, захист економічних і соціальних інтересів держави, суспільства та окремих споживачів» [396]. Так, згідно з положеннями ч. 1 ст. 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», процедуру ліцензування необхідно пройти у разі: виробництва і торгівлі спиртом етиловим (п. 7); виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) (п. 10); провадження медичної практики (п. 15); функціонування банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим МОЗ України (п. 16) [396].

Зважаючи на викладене, зміст господарсько-правових відносин у сфері охорони здоров'я складають медична та фармацевтична діяльність, спрямована на медичне обслуговування населення, що здійснюється юридичними особами державної та недержавної форми власності, а також фізичними особами з метою одержання прибутку, яка прямо чи опосередковано пов'язана з наданням медичної допомоги.

Слід відзначити, що за своєю змістовною сутністю господарсько-правові відносини у сфері охорони здоров'я більше подібні до цивільних, ніж до адміністративних правовідносин, оскільки вони не мають організаційно-розпорядчого та організаційного характеру. Це прямо вказано у п. 5 ч. 1 ст. 4

ГК України, відповідно до положень якого господарсько-правовими відносинами не є «адміністративні та інші відносини управління за участі суб'єктів господарювання, в яких орган державної влади або місцевого самоврядування не є суб'єктом, наділеним господарською компетенцією, і безпосередньо не здійснює організаційно-господарських повноважень щодо суб'єкта господарювання» [76].

Отже, господарські правовідносини у сфері охорони здоров'я відрізняються від адміністративних за: суб'єктами, до яких фактично не віднесено осіб наділених владними повноваженнями; змістом, який у господарсько-правових відносинах становить медична та фармацевтична діяльність, здійснення якої спрямовано на отримання прибутку; характером правовідносин – господарсько-правові відносини, пов'язані насамперед з підприємницькою діяльністю та її організацією, а за змістом адміністративних правовідносин є управлінські дії. Зв'язок цих видів правовідносин полягає лише в юридичних відносинах з приводу регулювання державою господарської діяльності у сфері охорони здоров'я.

Трудові правовідносини у сфері охорони здоров'я, як і в будь-якій іншій сфері, виникають під час реалізації кожною особою права на працю, передбаченого ч. 1 ст. 43 Конституції України: «кожен має право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею, яку він вільно обирає або на яку вільно погоджується» [196]. Жодна з галузей, функціонування яких спрямоване на забезпечення основоположних прав і свобод громадян, не може існувати відокремлено від людської діяльності – роботи фахівців, професіоналів і спеціалістів у тій чи іншій сфері. Водночас трудові правовідносини являють собою «юридичні відносини співробітництва й взаємодопомоги, у яких одна сторона (працівник) зобов'язується виконувати роботу з певної спеціальності, кваліфікації, посади з підпорядкуванням правилам внутрішнього трудового розпорядку, а інша сторона (власник підприємства) зобов'язується забезпечувати працівника роботою, виплачувати

заробітну плату й створювати сприятливі для здоров'я й розвитку особистості умови праці» [107, с. 20].

Трудовим правовідносинам властиві такі ознаки: комплексність, індивідуальна визначеність, оплатність, ієрархічність. Комплексний характер трудових відносин К. Ю. Мельник обґрунтовує тим, що «сторони трудових правовідносин мають комплекс взаємних, пов'язаних із витратою живої праці, суб'єктивних прав та обов'язків» [240, с. 16]. Індивідуальна визначеність передбачає необхідність кожного працівника особисто виконувати роботу, визначену обсягом функціональних обов'язків, нести відповідальність за її результати та наслідки і не передоручати її іншим, при чому зазначене не поширюється на виключні випадки, передбачені чинним законодавством, зокрема делеговані повноваження. Така персоніфікація набуває особливого значення, коли робота пов'язана з вузькопрофільними знаннями, вміннями, навичками та відсутністю широкої спеціалізації: окрім лікаря-хірурга ніхто не зможе провести операцію, водночас хірург не зможе надати послуги у сфері стоматології.

Оплатність як ознака пов'язана з тим, що за свою роботу кожен працівник отримує плату у грошовому еквіваленті (заробітну плату, грошове забезпечення, грошову винагороду), розмір якої передбачений або у трудовому договорі, або у відповідному нормативно-правовому акті, звичайно, якщо професійна трудова діяльність не здійснюється на безоплатній основі. Працівники медичної сфери отримують заробітну плату в порядку та на підставі розрахунку, який проводиться відповідно до тарифних розрядів, визначених чинним законодавством.

Ієрархічність свідчить про відносини особливого характеру за моделлю влади та підпорядкування, адже у трудових відносинах працівник повинен підкорятись волі свого керівника – це пов'язано з тим, що останній має право встановлювати обов'язкові для виконання норми та правила, давати вказівки та розпорядження, а також здійснювати дисциплінарне провадження щодо кожного працівника з метою заохочення чи накладення дисциплінарного

стягнення. Така модель характерна і для закладів системи охорони здоров'я, в яких запроваджені керівні посади головного лікаря, генерального директора, директора, начальника і завідувача відділу.

Трудові правовідносини у сфері охорони здоров'я виникають між усіма без винятку медичними працівниками та особами, які займають керівні посади в закладах охорони здоров'я [105].

Норми трудового законодавства призначені для впорядкування відносин між роботодавцем та працівником, зокрема тих, що виникають у процесі укладення, припинення та розірвання трудового договору, проходження випробувального терміну, встановлення норм і оплати праці, робочого часу та часу відпочинку, а також питання, пов'язані з трудовою дисципліною, вирішенням трудових спорів, обов'язковим соціальним страхуванням, пенсійним забезпеченням та охороною праці [174, с. 98–99]. Між тим, професійна діяльність медичних працівників регулюється не тільки КЗпП України [183], а й іншими нормативно-правовими актами, які встановлюють особливості роботи працівників медичних установ, наприклад: Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, затверджені спільним наказом Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ України) від 05.10.2005 № 308/519 [319] та Норми робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я, затверджені наказом МОЗ України від 25.05.2006 № 319 [337]. Медичні працівники не мають статусу державних службовців, а тому вся їх трудова діяльність регулюється правовими актами трудового законодавства. Водночас адміністративно-правові норми регулюють професійну діяльність осіб, які проходять державну службу та передбачені у ст. 3 Закону України «Про державну службу» [322].

Медичні правовідносини в юриспруденції розглядаються по-різному. Наприклад, С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта визначають їх як «результат впливу норм медичного права на поведінку суб'єктів медичного права, внаслідок якого між ними виникають правові зв'язки» [238, с. 15]. На

думку С. В. Істоміна та Н. П. Кризіна, медичні правовідносини – це «виникаючий на основі правових норм зв'язок суб'єктів права, що характеризується наявністю у них певних юридичних прав і обов'язків у сфері медичної діяльності» [136]. На думку Г. О. Дічко, медичні правові відносини являють собою «врегульовані медичним правом суспільні відносини, що виникають у процесі надання медичної допомоги та забезпечення охорони здоров'я населення, учасники яких наділені відповідними суб'єктивними правами й мають певні юридичні обов'язки» [103, с. 11].

Необхідно відзначити, що безпосереднє виникнення категорії медичних правовідносин обумовлено становленням медичної галузі права, що безпосередньо відбивається на правовідносинах, які існують в межах вказаної сфери. Звідси впливає те, що останні, виникаючи у зв'язку із забезпеченням та реалізацією особистих немайнових благ, наприклад життя та здоров'я, не характеризуються подібністю та одноманітністю, що зі свого боку обумовлює необхідність їх більш детального дослідження з метою визначення кола адміністративно-правових відносин, як частини медичних правових відносин [169, с. 193]. За таких умов особливої цінності набуває класифікація сукупності правових відносин, що виникають та розвиваються в межах охорони здоров'я, підставою якої є співвідношення прав і обов'язків суб'єктів таких правових відносин на: «вертикальні, що характеризуються наявністю в однієї сторони державно-владних повноважень щодо другої сторони відносин (наприклад, відносини у сфері державного регулювання медичної діяльності); горизонтальні, що характеризуються рівністю сторін (наприклад, відносини між лікувальною установою з одного боку і громадянином з іншого)» [238, с. 15–16]. Зауважимо, що модель побудови першого виду медичних правовідносин повністю відповідає характеристиці адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я наданих нами в першому підрозділі дисертації.

Звичайно вказаний вид правових відносин регулюється за допомогою імперативного методу. С. Г. Стеценко наводить такі приклади медичних

правовідносин, для впорядкування яких використовується імперативний метод правового регулювання: «організації та управління в системі охорони здоров'я, коли керівники органів управління охороною здоров'я вищого рівня взаємодіють з підпорядкованими їм представниками лікувально-профілактичних установ; проведення ліцензування та акредитації медичних установ; запровадження стандартів надання медичної допомоги, котрими повинні керуватись у своїй діяльності як державні і комунальні, так і приватні медичні установи» [487, с. 122].

Аналогічної позиції дотримується А. О. Мохов, який серед правових відносин у сфері охорони здоров'я так само виокремлює горизонтальні й вертикальні відносини. Горизонтальні правові відносини у сфері охорони здоров'я виникають між суб'єктом, який здійснює медичне обслуговування та медичну допомогу, і пацієнтом. Вертикальні правові відносини відбивають зв'язок між органами державної влади і місцевого самоврядування та суб'єктами, що здійснюють медичне обслуговування населення, а також надають медичну допомогу в разі необхідності у процесі управлінської діяльності. Саме вертикальні правовідносини, на думку вченого, регулюються нормами адміністративного права [258, с. 31], а отже, за своєю юридичною природою є адміністративно-правовими відносинами.

Ураховуючи викладене, можна зробити такий висновок: медичні правовідносини становлять собою сукупність інших видів юридичних правовідносин [169, с. 194] – адміністративних, цивільних, господарських і трудових, співвідношення та розмежування яких можна представити у вигляді схеми.

Вказані види юридичних правовідносин призначені для врегулювання різноманітних аспектів у сфері охорони здоров'я, вони мають відмінний зміст, суб'єктний склад і мету виникнення. Найбільш спорідненими правовідносинами у сфері охорони здоров'я є цивільно- та господарсько-правові, зокрема через спорідненість мети їх виникнення. Відособленими від усіх інших є трудові правовідносини, які виникають у процесі здійснення

власної професійної діяльності медичними працівниками між останніми та їх роботодавцями, керівниками. При цьому ряд питань трудової сфери, зокрема тих, що стосуються виплати заробітної плати та визначення робочого часу медичних працівників, регулюється спеціальними адміністративно-правовими нормами.

Значна частина правових відносин у сфері охорони здоров'я врегульована нормами кримінального та адміністративно-деліктного права. Відокремлення таких правовідносин обумовлюється тим, що вони пов'язані із вчиненням протиправних посягань у сфері охорони здоров'я, що призводять до суспільно небезпечних або суспільно-шкідливих наслідків. Зважаючи на те, що адміністративно-деліктні правовідносини планується дослідити у пункті 3.5 дисертації, зосередимо увагу на правовідносинах, що виникають у зв'язку з вчиненням кримінальних правопорушень у сфері охорони здоров'я та безпосередньо тих, які посягають на життя і здоров'я особи. Спеціальна частина КК України побудована за об'єктом посягання, одним із яких законодавець визначив життя та здоров'я особи, об'єднавши відповідні кримінальні правопорушення в розділ II «Злочини проти життя та здоров'я особи». Не вдаючись до детального визначення юридичних складів кримінальних правопорушень, з огляду на те, що це виходить за межі предмету нашого дослідження, на підставі їх аналізу можемо відмітити їх неоднорідність, котра полягає в тому, що ряд злочинів безпосередньо посягає на життя та здоров'я особи, в той час коли деякі стосуються порушення у сфері професійної діяльності медичних працівників, що вже саме по собі є злочином, незалежно від наслідків. У зв'язку з цим пропонуємо поділити такі злочини на дві групи. До першої можна віднести: вчинення вбивства (ст. 115–119 КК України) або погроза вбивством (ст. 129 КК України); доведення до самогубства (ст. 120 КК України); умисне нанесення тілесних ушкоджень різної тяжкості (ст. 121–125 КК України); нанесення тяжкого тілесного ушкодження чи тілесного ушкодження середньої тяжкості з необережності (ст. 128 КК України); побої, мордування (ст. 126 КК України), катування (ст. 127 КК України), домашнє

насильство (ст. 126-1 КК України); неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей (ст. 137 КК України); зараження особи вірусом імунодефіциту людини, іншою невиліковною інфекційною хворобою (ст. 130 КК України), а також венеричною хворобою (ст. 133 КК України); незаконне проведення абортів або стерилізації (ст. 134 КК України); ненадання допомоги особі, життю якої загрожує небезпека (ст. 136 КК України), або залишення такої особи в небезпеці (ст. 135 КК України); здійснення насильницького донорства (ст. 144 КК України).

До другої групи входять такі злочини, як: неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131 КК України), в тому числі розголошення відомостей про проведення медичного огляду з метою виявлення таких хвороб (ст. 132 КК України); незаконне проведення абортів або стерилізації (ст. 134 КК України); здійснення незаконної лікувальної діяльності (ст. 138 КК України); ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 138 КК України); неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 КК України); порушення прав пацієнта (ст. 141 КК України); незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142 КК України); порушення встановленого законом порядку трансплантації анатомічних матеріалів людини (ст. 143 КК України); насильницьке донорство (ст. 144 КК України); незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 КК України) [206]. Слід також наголосити на наявності у сфері кримінального процесу існування відносин медичного характеру, насамперед пов'язаних з правом особи отримувати медичну допомогу. Сьогодні таке право особи закріплено лише в ч. 4 ст. 208 КК кодексу України [207] і стосується затриманої особи, натомість суб'єкт кримінального провадження може мати й інші статуси – підозрюваний та обвинувачений, а право останніх на отримання медичної допомоги не закріплено. З огляду на зазначене, слушною є думка Н. В. Уварової щодо необхідності доповнення ст. 42 КПК України положеннями, які

гарантуватимуть підозрюваному та обвинуваченому права на отримання медичної допомоги [520, с. 256]. Водночас розроблення механізму реалізації такого права, з огляду на специфічні умови та обставини, в яких перебувають такі особи, необхідно віднести до адміністративних питань, котрі раціонально вирішити під час проведення медичної реформи.

Підсумовуючи наведене, зазначимо, що адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я відрізняються від усіх інших відносин своїм змістом та призначенням, яке пов'язане з управлінською діяльністю та здійсненням організаційних і розпорядчих дій, призначених для забезпечення якісного та ефективного функціонування системи охорони здоров'я, від чого безпосередньо залежить реалізація основоположних прав кожної особи на життя та здоров'я. Більш того, наслідки розвитку адміністративно-правових відносин відбиваються на кожному з інших видів юридичних відносин, що мають місце у сфері охорони здоров'я. Наприклад, втілення державної політики, спрямованої на удосконалення цієї сфери може бути підставою виникнення зміни та припинення: трудових правовідносин – у випадках вирішення кадрових проблем; цивільно-правових відносин – у разі зміни умов надання медичних послуг; господарських правовідносин – в процесі змін умов виробництва медичних препаратів, лікарських засобів або здійснення підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

Водночас зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я не зводиться до єдиного аспекту, виду чи напрямку діяльності, за своїм змістом вони теж відрізняються одні від одних. Це пов'язано насамперед із різноманітністю управлінської діяльності, множинністю суб'єктів, які беруть участь у цьому процесі, та рівнями, на яких вони здійснюються. Вказане свідчить про необхідність детальнішого з'ясування видів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні, зокрема тих, що здійснюються на зовнішньому та внутрішньому рівнях.

1.4. Види адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні: проблеми класифікації

За своїм змістом адміністративні правовідносини у сфері охорони здоров'я є різноманітними. Це правовідносини із організації охорони громадського здоров'я населення, формування системи управління галуззю, здійснення господарської діяльності для забезпечення потреб сфери охорони здоров'я лікарськими засобами та медичним обладнанням, вирішення кадрових питань, матеріально-технічного забезпечення сфери охорони здоров'я тощо. Це можна пояснити тим, що адміністрування сферою охорони здоров'я регулюється переважно нормами адміністративного права. Утім окремі складові такої управлінської діяльності зазнають впливу цивільних, господарських, трудових та інших норм.

За таких обставин у межах доктринальних досліджень доцільно виокремити адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я та здійснити їх класифікацію. Адже саме «класифікація утворює складну розгорнуту систему поділу, де кожен член поділу знову поділяється на нові види, розгалужуючись на множину класів» [269, с. 49], що здійснюється в кожному конкретному випадку з конкретною метою. За своєю суттю класифікація є способом систематизації предметів (об'єктів, явищ) [223, с. 27; 194, с. 164], яка має не тільки теоретичне, а й практичне значення. Прикладне значення класифікації полягає в тому, що за її допомогою можна об'єктивно дослідити загальний об'єкт поділу за рахунок з'ясування сутності кожного окремого складового елементу комплексного об'ємного явища. Тому, враховуючи багатоманітність існуючих правовідносин у сфері охорони здоров'я, доцільно застосувати метод класифікації.

Науці відомий відносно усталений підхід щодо виокремлення різних видів адміністративних правовідносин, а відповідно, і підстав їх класифікації. Наприклад, Т. О. Коломєць пропонує класифікувати адміністративно-правові відносини за: функціональною спрямованістю (регулятивні та правоохоронні),

адміністративно-правовим статусом суб'єктів – учасників правових відносин (вертикальні та горизонтальні), галузевою належністю (матеріальні та процесуальні), змістом (у сферах загального, міжгалузевого та галузевого управління); галузевою належністю (у галузях економіки, політики, культури, соціальної сфері тощо), направленістю (зовнішні та внутрішні), способом захисту (такі, що захищаються в судовому чи позасудовому порядку), способом врегулювання (функціональні та територіальні), майновою належністю (майнові та немайнові), характером адміністративних правовідносин (контрольно-наглядові, субординації, координації тощо) [189, с. 18–19]. Необхідно відзначити, що в кожному окремому випадку внаслідок обрання того чи іншого критерію поділу можна отримати елементи різного змісту. Тому доцільно обирати одну чи декілька підстав поділу, результати яких зможуть у повному обсязі вирішити поставлену мету.

Водночас існуючі у науковій літературі класифікації адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я не відрізняються вичерпністю, зокрема, спроба поділу такого виду адміністративно-правових відносин була здійснена З. С. Гладуном, який за змістовим критерієм пропонував поділити їх на групи правовідносин, що виникають «у процесі організації надання медичної допомоги і здійснення заходів щодо охорони здоров'я населення; у процесі визначення адміністративно-правового статусу суб'єктів, які отримують і які надають медичну допомогу; у процесі організації та забезпечення санітарно-гігієнічного і санітарно-епідеміологічного благополуччя населення та здійснення державного санітарного нагляду; у процесі державного і муніципального управління наданням медичної допомоги і державного регулювання господарської діяльності у сфері охорони здоров'я; у процесі безпосереднього надання медичної допомоги; в окремих напрямках медичної діяльності: терапії, хірургії, психіатрії, імунопрофілактиці, трансплантології, клінічному випробовуванні лікарських засобів та ін.» [66, с. 109]. Наведені види виокремлено лише за однією підставою класифікації, яка хоча і є ґрунтовною, утім не охоплює всю різноманітність адміністративно-правових відносин у

сфері охорони здоров'я. Зокрема, в межах цієї класифікації не знайшли свого відображення правовідносини, пов'язані з питаннями кадрового забезпечення закладів системи охорони здоров'я (починаючи від отримання спеціальної вищої освіти і закінчуючи проходженням курсів підвищення кваліфікації).

Більш розширену класифікацію пропонує С. Г. Стеценко, який, досліджуючи медичні правовідносини, поділяє їх таким чином: 1) залежно від співвідношення взаємних прав і обов'язків, що виникають у суб'єктів (вертикальні та горизонтальні); 2) за напрямками медичної діяльності (проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, надання безоплатної медичної допомоги та платних послуг медичного характеру, реалізація програм медичного страхування тощо); 3) за складом суб'єктів (абсолютно та відносно визначені); 4) залежно від динаміки дій суб'єкта, що має зобов'язання (активні та пасивні) [488, с. 7–8]. Однак такий підхід не відображає сутності саме адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, які насамперед пов'язані з управлінською діяльністю в зазначеній сфері, котра може мати місце як в середні системи охорони здоров'я (наприклад, під час координації роботи закладів охорони здоров'я, їх ліквідації та реорганізації), так і поза системою (при реалізації спільних програм і заходів МОЗ України з іншими органами державної влади та відомствами чи отримання дотацій з державного бюджету) [151, с. 71].

Таким чином, розмежування адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я можливе і за іншими критеріями, адже вони як різновид загальних адміністративно-правових відносин можуть поділятися за ідентичними критеріями. Тому пропонуємо поділяти такі правовідносини залежно від напрямку їх розвитку на внутрішньоорганізаційні та зовнішні (зовнішньоорганізаційні), що у свою чергу сприятиме дослідженню сутності та особливостей усіх адміністративно-правових відносин, які виникають у сфері охорони здоров'я.

1.4.1. Поняття та особливості внутрішньоорганізаційних адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я

Внутрішньоорганізаційні правовідносини є однією з основних складових предмету адміністративного права, оскільки останнє пов'язане з адмініструванням суспільно-важливими сферами, які віднесено до відання держави (органів державної влади). На прямий зв'язок цього виду правовідносин із адмініструванням вказував В. Б. Авер'янов, на думку якого предмет адміністративного права включає «відносини, що формуються у процесі внутрішньої організації та діяльності апаратів усіх державних органів, адміністрацій державних підприємств, установ та організацій» [1, с. 71]. Перелічені суб'єкти, які беруть участь у внутрішньоорганізаційних адміністративно-правових відносинах, є суб'єктами схожих правовідносин у сфері охорони здоров'я, до яких також необхідно віднести: МОЗ України, Державну службу з питань безпеки харчових продуктів (далі – Держпродспоживслужба), Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (далі – Держлікслужба), Державний Експертний Центр МОЗ України, Центр громадського здоров'я МОЗ України, департаменти та управління охорони здоров'я в областях. Прикладом державних підприємств у сфері охорони здоров'я можуть бути «Український медичний центр сертифікації», «Біоімплант», «Державний медичний центр сертифікації», прикладом державних установ – «Український медичний центр спортивної медицини Міністерства охорони здоров'я України», «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», «Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти Міністерства охорони здоров'я України», прикладом організацій – «Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при Міністерстві охорони здоров'я України» [338].

На думку С. В. Ківалова, «до предмета адміністративного права, окрім зовнішніх, відносяться і внутрішньоорганізаційні управлінські відносини, які складаються в процесі внутрішньої організації та діяльності апарату інших державних органів (апарату прокуратури, апарату судів, Секретаріату Верховна Рада України, Адміністрації Президента України тощо), а також адміністрацій державних підприємств, установ, організацій» [142, с. 3]. Схожу точку зору у своїх роботах висловлюють Ю. П. Битяк [16, с. 23], С. Т. Гончарук [72, с. 7], М. П. Запорожець [129, с. 25], Н. Б. Писаренко [16, с. 28]. Слід також відзначити і те, що подібні до наведених вище зовнішньо-організаційні відносини відіграють ключову роль в організації роботи суб'єктів владних повноважень у сфері охорони здоров'я чи навіть системи охорони здоров'я загалом. За такого підходу відносини внутрішньої організації характеризуються як допоміжні, поряд з іншим (основним) видом – зовнішніми адміністративно-правовими відносинами, які вочевидь мають публічний характер. Утім значення і характер наведених вище груп відносин внутрішньої та зовнішньої організації доцільніше визначати, керуючись вектором їх спрямування: всередині певної інституції або в її взаємодії з іншими суб'єктами.

Як слушно зазначає Р. С. Мельник, «публічне управління проявляється у зовнішніх відносинах органів виконавчої влади з іншими органами публічної влади, приватними особами» [241, с. 97], а внутрішньоорганізаційна діяльність органів державної влади – це управління, що здійснюється зсередини. Одночасно обидва види такої діяльності врегульовуються нормами адміністративного права. Зі свого боку відносинам управлінського характеру, якими по суті і є адміністративні правовідносини, притаманний ієрархічний імперативний характер. Тому, як правило, вони розвиваються на різних рівнях в межах єдиної сфери та регулюються за допомогою адміністративно-правових методів переважно імперативного характеру, які відповідають моделі «влада-підпорядкування». Це в результаті дозволяє забезпечити функціонування кожної сфери таким чином, щоб сприяти оперативній та повній реалізації прав і свобод фізичних і юридичних осіб, забезпечуючи соціальну стабільність

усередині держави. Будучи спрямованими на організацію роботи державних і недержавних інституцій конкретної галузі, адміністративно-правові відносини безумовно виникають і реалізуються всередині неї, адже «управління ззовні» не може створити якісної організаційно-розпорядчої діяльності. Внутрішньоорганізаційна діяльність спрямована не лише на забезпечення ефективного функціонування органу, галузі, окремої сфери, а й на підтримку правового порядку шляхом видання адміністративних актів (наказів, розпоряджень) та здійснення контрольної-наглядової діяльності за виконанням і додержанням положень та норм законодавства.

Досить вдале визначення поняття «внутрішньоорганізаційні відносини» запропоновано Д. Н. Бахрахом: це «відносини, в межах яких реалізується правовий статус суб'єктів управління та громадян: здійснюються права й свободи громадян, повноваження посадових осіб і компетенція органів управління, встановлюються обов'язки суб'єктів права, притягуються до відповідальності особи, які порушують правові норми у сфері публічного управління» [6, с. 119–120]. Об'єднуючи процеси управління з метою організації діяльності внутрішніх структурних елементів (департаментів, відділів, управлінь і окремих посадових осіб), адміністративно-правові відносини охоплюють досить багато різних за своїм змістом напрямів, які стосуються вирішення питань, що забезпечують професійну діяльність того чи іншого суб'єкта. Обсяг та сутність таких напрямів можуть відрізнятися між особою залежно від сфери, в якій вони виникають і розвиваються, підтвердженням чого є численні дослідження переважно монографічного характеру.

Більш розгалужений перелік внутрішньоорганізаційних відносин в органах публічної влади та їх апаратах пропонує О. І. Бедний: «1) відносини щодо створення, реорганізації та ліквідації структурних підрозділів в органах публічної влади та їх апаратах; 2) відносини щодо визначення статусу структурних підрозділів в органах публічної влади та їх апаратах; 3) відносини щодо створення (заснування) та ліквідації (скорочення) посад в органах

публічної влади та їх апаратах; 4) відносини щодо визначення статусу посад в органах публічної влади та їх апаратах; 5) відносини щодо організації взаємодії між структурними підрозділами та посадами в органах публічної влади та їх апаратах; 6) інші внутрішньоорганізаційні відносини в органах публічної влади та їх апаратах» [33, с. 132–133].

Спроби визначення внутрішньоорганізаційних адміністративно-правових відносин набули найбільшого поширення в діяльності судової системи України. Так, М. П. Запорожець розуміє внутрішньоорганізаційні відносини, що виникають у діяльності місцевого загального суду, як «всі позапроцесуальні відносини за його участю та за участю його працівників» [130, с. 7]. В. Ю. Мащук пов'язує вказані правовідносини з організаційним, кадровим, методологічним, фінансовим забезпеченням роботи судів загальної юрисдикції [235, с. 219]. А. А. Стрижак конкретизує їх за спрямованістю на такі, що виникають з приводу: «організаційного керівництва суду (зокрема, щодо розподілу навантаження між суддями та службовцями суду); створення фінансових, матеріально-технічних та соціальних умов для належної діяльності суддів та працівників апаратів судів; підготовки і підвищення кваліфікації суддів та працівників апаратів судів; формування кадрового резерву суддів; інформаційного, нормативно-правового та наукового забезпечення судочинства тощо» [490, с. 56–57]. Р. М. Аюпова до внутрішньоорганізаційних адміністративно-правових відносин, які виникають у діяльності господарських судів, відносить «розподіл суддів за колегіями суду; визначення адміністративних повноважень заступника голови суду; регулювання суддівського самоврядування; організаційно-штатну роботу; організацію роботи зборів суддів; підвищення кваліфікації суддів місцевого суду; документообіг суду тощо» [25, с. 102].

Незважаючи на дещо відмінні підходи до характеристики внутрішньоорганізаційних адміністративно-правових відносин, однозначно можна стверджувати, що вони пов'язані зі здійсненням комплексу різнорідних дій управлінського характеру, метою яких є забезпечення безперервного

високоякісного функціонування кожної окремої сфери, галузі, напряму. У зв'язку з чим перед суб'єктом управління виникає необхідність системного вирішення ряду питань, які в загальному вигляді стосуються: організації роботи та методичного забезпечення професійної діяльності підпорядкованого суб'єкта; формування кадрового корпусу, включаючи навчання та підвищення кваліфікації персоналу; створення сприятливих матеріальних та фінансових умов для роботи та розвитку підвідомчої сфери; здійснення контролю та нагляду за процесами, які виникають та розвиваються в межах вказаної сфери. Внутрішньоорганізаційні адміністративно-правові відносини виникають там, де існує «монопольна діяльність держави», тобто в тих сферах, забезпечення функціонування яких є обов'язком держави, основними напрямками діяльності останньої, а тому і безпосереднім інтересом.

Галузь охорони здоров'я належить до суспільно-важливих сфер, оскільки держава гарантує кожній особі право на охорону здоров'я. У такому контексті важко не погодитись із О. П. Світличним з приводу того, що: «велике значення в забезпеченні державних інтересів залежить від внутрішньоорганізаційної діяльності органу державного управління, його посадових та службових осіб» [456, с. 74]. Відповідно вважаємо необхідним зупинитися на дослідженні А. О. Олефіра, який у своїй праці «Господарсько-правове забезпечення державних закупівель у сфері охорони здоров'я: теоретичні та практичні аспекти» ототожнює внутрішньо-організаційні та внутрішньогосподарські відносини при здійсненні державних закупівель в галузі охорони здоров'я, вважаючи їх змістовно аналогічними. Вчений аргументує це тим, що, «по-перше, і негосподарюючі суб'єкти, і суб'єкти господарювання, що наділені правовим статусом замовника, у господарсько-договірних відносинах виступають управненою стороною в зобов'язаннях; по-друге, внутрішньо-організаційні і внутрішньогосподарські відносини мають спільний предмет – виникають між комітетом конкурсних торгів і підрозділами, уповноваженими на організацію закупівель, та іншими структурними підрозділами замовника в процесі організації та проведення конкурсних торгів» [266, с. 82]. Зазначене

детально висвітлює лише один із напрямів внутрішньоорганізаційної діяльності, що має місце у сфері охорони здоров'я, утім обсяг таких правовідносин адміністративного характеру є набагато ширшим. Необхідно також зазначити, що даний вид адміністративно-правових відносин дійсно не можна вважати основним, оскільки він безпосередньо не пов'язаний із наданням медичного обслуговування, а також здійсненням медичної допомоги, разом із тим останнє не уявляється можливим без наслідків, що породжуються саме такими адміністративними правовідносинами. Власне внутрішньоорганізаційні адміністративно-правові відносини в будь-якій сфері, зокрема у сфері охорони здоров'я, за своєю сутністю є достатньо об'ємними, принаймні зважаючи на загальний перелік вищенаведених нами питань, які вирішуються в процесі таких відносин. Як результат вказаний вид правовідносин, а також кожен із окремих його напрямів може стати самостійним предметом досліджень, які у перспективі можуть відрізнитися між собою залежно від поставлених завдань і обрання методологічного апарату. На жаль, ми не маємо можливості детально розглянути такий вид правовідносин в аспекті їх зовнішніх форм, оскільки це не є ані предметом, ані основною метою дисертації. Зважаючи на викладене, власне особливості внутрішньоорганізаційних адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я вважаємо необхідним подати в узагальненому вигляді.

Підсумовуючи викладене та екстраполюючи його на сферу охорони здоров'я, а також враховуючи численні повноваження організаційно-розпорядчого характеру головних суб'єктів управління цією сферою (Верховна Рада України, Кабмін України, Президент України [196], МОЗ України [296], Держлікслужба [295], НСЗУ [424]). При цьому зауважимо, що наразі повноваження Президента України унеможлиблює його вирішальний вплив на сферу охорони здоров'я. Також Президент України фактично не вирішує питань, пов'язаних зі станом здоров'я населення, гарантуванням надання медичної допомоги та медичного обслуговування. Однак раніше Президент України особисто відповідав за впровадження державної політики охорони

здоров'я, щорічно готував звіт парламенту про стан реалізації останньої (чч.1–3 ст. 14 «Основ законодавства про охорону здоров'я» в редакції від 13.10.2010 [270]). Позитивні та негативні аспекти державної політики у сфері охорони здоров'я в першу чергу відчують на собі самі громадяни, а тому успіхи та помилки проведення реформ не відрізняються латентністю, їх можна виявити шляхом спостереження та аналізу громадського життя. Разом із тим в умовах розвитку глобальних інформаційних процесів актуальності набуває поінформованість населення про стан здоров'я в державі, про що повинні звітувати органи державної влади чи глава держави, і не один перед одним, а перед громадянами. Навряд чи є правильним таке «відсторонення» голови держави як гаранта Конституції від однієї з визначальних сфер суспільного життя – сфери охорони здоров'я. Наприклад, у Сполучених Штатах Америки Президент не лише особисто переймається нагальними проблемами у сфері охорони здоров'я, а й публічно інформує громадськість про стан справ та заходи, що були здійснені в напрямі вирішення цих проблем. Так, у своєму нещодавньому зверненні до народу Америки Дональд Трамп пообіцяв узяти під власний контроль ціни на ліки за рецептом, домогтися припинення епідемії ВІЛ, збільшити фінансування для лікування раку у дітей, продовжити боротьбу за прийняття федерального законопроекту про заборону абортів після двадцяти тижнів вагітності. А серед позитивних здобутків відмітив прийняття Конгресом законопроекту «Право на спробу», який спрямований на полегшення доступу до експериментальних ліків смертельно хворим пацієнтам [564].

Поряд із державними суб'єктами, для яких забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я не є основним напрямом діяльності (органи місцевого самоврядування [397], об'єднані територіальні громади [308, с. 45, 49, 54, 59]), та недержавними інституціями (наприклад, Асоціація міст України [274], Асоціація французько-української співпраці у сфері охорони здоров'я та фармації [272], громадська організація «Українська Асоціація громадського здоров'я» [273]) вважаємо за можливе до особливостей

внутрішньоорганізаційних адміністративно-правових відносин віднести те, що вони:

1) мають особливий предмет правовідносин, який полягає в організації внутрішньої побудови системи управління охороною здоров'я в державі, що одночасно є і метою їх виникнення;

2) виникають за умови існування специфічного суб'єкта таких правовідносин – органу державної влади, органів місцевого самоврядування інших державних, а в окремих випадках і недержавних інституцій, а також посадових осіб; це пояснюється насамперед тим, що безпосереднє управління галуззю охорони здоров'я є прерогативою держави;

3) безпосередньо не пов'язані з медичним обслуговуванням і допомогою, хоча саме від організації роботи медичного персоналу установ, закладів та інших організацій у сфері охорони здоров'я залежить якість і повнота вказаних процесів;

4) спрямовані на всебічне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я, що передбачає прийняття сукупності різноманітних управлінських рішень на різних рівнях: загальнодержавному рівні (суб'єктами прийняття рішень є Верховна Рада України, Кабмін України, Президент України); відомчому рівні (рішення приймає та реалізує МОЗ України); локальному рівні (рішення приймаються посадовими особами державних установ, закладів і організацій, що належать до системи охорони здоров'я);

5) мають документальне оформлення, як правило у формі організаційних і розпорядчих документів (положень, наказів, вказівок, розпоряджень тощо), що обумовлюється суворою законодавчою регламентацією процесів, у межах яких виникають внутрішньоорганізаційні адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я;

б) виникають з приводу організаційно-методичного, кадрового, матеріального, фінансового забезпечення роботи інституцій системи охорони здоров'я, здійснення контролю та нагляду, а також провадження господарської

діяльності комерційного характеру, зокрема під час вироблення лікарських та інших медичних засобів, препаратів, медичного обладнання тощо.

Перелічені особливості внутрішньоорганізаційних адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я дають підстави сформулювати їх дефініцію не лише як різновиду адміністративно-правових відносин, а й як специфічних правовідносин, що виникають, розвиваються, змінюються та припиняються у сфері охорони здоров'я. Так, під внутрішньоорганізаційними адміністративно-правовими відносинами у сфері охорони здоров'я ми пропонуємо розуміти суспільні відносини, що виникають за участю органів державної влади, органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб, рідше – недержавних інституцій, у процесі яких останні реалізують управлінські повноваження, передбачені законодавством, щодо організаційно-методичного, кадрового, матеріального, фінансового забезпечення роботи локальних інституцій системи охорони здоров'я, здійснення контролю та нагляду, а також провадження господарської діяльності комерційного характеру, з метою забезпечення системного та ефективного функціонування системи охорони здоров'я на всіх рівнях задля створення умов для надання медичної допомоги та медичного обслуговування.

Не применшуючи значущість такого виду адміністративних правовідносин, необхідно зазначити, що вони достатньо тісно пов'язані з власним «антиподом» – зовнішніми відносинами, які в сукупності дорівнюють обсягу поняття «адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я». У той же час наслідки внутрішньоорганізаційних відносин частково впливають і на зовнішньоорганізаційні відносини, тобто пов'язані між собою як причина та наслідок відповідно. Зважаючи на тісний взаємозв'язок обох видів адміністративних правовідносин у сфері охорони здоров'я, досліджуючи загальну сутність останніх, внутрішньоорганізаційні та зовнішньоорганізаційні відносини доцільно розглядати в їх сукупності. Тому, з'ясувавши поняття та особливості внутрішньоорганізаційних відносин у сфері охорони здоров'я,

перейдемо до їх іншого виду – зовнішніх адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.

1.4.2. Сутність та особливості зовнішніх адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я

Внутрішні відносини через їх обмеженість конкретними рамками визначеної сфери та зв'язок з управлінськими процесами лише в межах системи охорони здоров'я не можуть охопити всі необхідні управлінські дії та процедури для того, щоб забезпечити функціонування та розвиток сфери охорони здоров'я. Адже, окрім належної внутрішньої організації, існує безліч зовнішніх чинників, які впливають на роботу системи охорони здоров'я. В межах внутрішньоорганізаційного забезпечення можна сформувати висококваліфікований кадровий корпус із провідних лікарів вищої кваліфікації та досвідченого медичного персоналу, але через брак фінансування чи занепад економіки робота фахівців буде марною, оскільки, окрім призначення грамотних схем лікування, необхідне сучасне медичне обладнання та відповідні лікарські засоби, доступ до яких може бути ускладнено внаслідок занепаду економічної сфери, браку коштів у Державному бюджеті тощо. Натомість розвиток економічної сфери у державі дозволить підвищити рівень матеріально-технічного забезпечення, а налагодження сектору промисловості може сприяти зниженню цін на лікарські засоби і товари медичного призначення. За таких умов лише одночасне здійснення внутрішньоорганізаційних та зовнішніх адміністративно-правових відносин зможуть гарантувати громадянам надання сучасної медичної допомоги та медичного обслуговування.

Вищевказане поширюється на всі адміністративні правовідносини незалежно від сфери їх виникнення та по суті є додатковою підставою здійснення поділу відносин внутрішнього та зовнішнього характеру залежно від управлінської мети. Саме тоді, коли внутрішні адміністративно-правові

відносини переважно пов'язані з організацією та налагодженням роботи інституцій у середині системи, за допомогою іншого виду відносин втілюються зовнішні функції управління, які передбачають формальний вплив (суб'єктів, які по суті не є прямими учасниками управлінських відносин у межах певної галузі) на відповідний об'єкт, а в нашому випадку – систему.

Варто підтримати думку Ю. М. Фролова з приводу того, що однією із визначальних особливостей сучасних адміністративно-правових відносин є те, що останні «виникають у сфері, безпосередньо пов'язаній із владно-управлінською діяльністю, спрямовані на виконання завдань та здійснення функцій управління органами виконавчої влади, іншими органами державного управління, виконавчими органами місцевого самоврядування та окремими організаціями, які наділені функціями державного управління з метою задоволення публічних або індивідуальних інтересів суб'єктів таких правовідносин» [526, с. 236].

З приводу зовнішніх правовідносин слід навести думку Б. О. Логвиненка: «у налагодженні дієвого механізму зовнішнього та внутрішнього компонентів публічного адміністрування значну роль відіграє належне медичне законодавство, норми якого призначені врегульовувати відповідні суспільні відносини» [220, с. 235]. Правове забезпечення таких заходів потребує здійснення активної організаційної діяльності, яка фактично виникає в межах правовідносин, а будучи пов'язаною з управлінськими процесами, реалізація таких заходів регулюється за допомогою адміністративно-правових норм [157, с. 142].

Зовнішні адміністративно-правові відносини є невід'ємною складовою будь-якої суспільно-важливої сфери, забезпечення роботи якої входить до обов'язків держави. Вони поряд із внутрішньоорганізаційними відносинами неодноразово досліджувались ученими, зокрема в правоохоронній сфері (йдеться про праці Г. О. Пономаренко [297, с. 198–199], О. П. Рябченко [7, с. 21–22], Р. М. Аюпової [26, с. 102] та ін.).

Значна кількість досліджень зовнішніх адміністративно-правових відносин була проведена щодо їх реалізації в межах судової системи України. Наприклад, О. В. Ульяновська зазначає, що обов'язки з приводу організації роботи суду, в тому числі адміністративного, поділяючись на зовнішні та внутрішні, покладаються в основному на голову суду та його заступника. При чому зовнішні адміністративно-правові відносини призначені для гарантування особам конституційного права на судовий захист прав шляхом організації роботи не конкретного суду, а всієї системи правосуддя. Зі свого боку, підвищення рівня результативності роботи судової системи можливе за допомогою здійснення такої зовнішньої діяльності, як: «оптимізація системи судів; укрупнення окремих елементів системи на відповідних рівнях (зокрема, створення міжрайонних судів, укрупнення апеляційних округів); оптимізація кількості суддів у судах та адміністративних посад залежно від навантаження»; «покращення умов доступу громадськості до відкритих судових засідань і ухвалених рішень» [522, с. 177].

Не можна залишити поза увагою монографічну працю Б.О. Логвиненко, предметом якої є теоретико-прикладний аспект здійснення публічного адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні, де було наголошено, що зовнішня складова публічного адміністрування включає «організаційно-управлінські зв'язки та відповідні суспільні відносини, які виникають у вертикальному та горизонтальному напрямках; попри певну нормативно визначену підпорядкованість іншим суб'єктам, саме МОЗ України є ключовим елементом налагодження взаємодії у системі суб'єктів зовнішніх організаційних складових публічного адміністрування сферою охорони здоров'я; враховуючи комплексний багаторівневий характер економіки та соціальної політики держави, без зовнішніх складових елементів неможливе якісне функціонування структури публічного адміністрування сферою охорони здоров'я» [222, с. 35].

Зовнішні адміністративно-правові відносини виникають з приводу управлінських дій, спрямованих на організацію роботи певної сфери чи

системи. Вони безпосередньо не стосуються організації процесів у межах певної сфери, оскільки відбивають сутність управління ззовні, забезпечуючи такі умови, які опосередковано можуть позитивно позначитися на розвитку тієї чи іншої сфери, мають нерозривний зв'язок із внутрішньоорганізаційними відносинами, а тому впливають на розвиток і формування останніх, що обумовлюється їх глобальним характером. На відміну від внутрішніх відносин, зовнішні не призначені для врегулювання окремих питань, що виникають в межах конкретної сфери. Вони є абсолютними та стосуються найсуттєвіших питань організації функціонування, зокрема таких, як засади, напрями роботи, пріоритети, загальне фінансування тощо. Крім того, в межах формування та розвитку зовнішньоорганізаційних адміністративно-правових відносин вирішується комплекс питань, пов'язаних з наданням медичної допомоги та медичного обслуговування. Тобто даний вид правовідносин виникає з приводу реалізації громадянами основоположних прав на життя та здоров'я, що стає можливим за допомогою здійснення адміністративних процедур (наприклад, укладення договору про медичне обслуговування населення). Наведене характеризує зовнішні адміністративно-правові відносини, зокрема і ті, що виникають у сфері охорони здоров'я. Враховуючи специфіку зазначеної сфери, можна виокремити низку особливостей, якими характеризуються зовнішні адміністративно-правові відносини:

1) їх учасниками є Верховна Рада України (як суб'єкт визначення основних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я), Кабмін України, Президент України, МОЗ України, органи місцевого самоврядування (як суб'єкти реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я);

2) є загальними, оскільки передбачають вплив на всю систему охорони здоров'я, а не на її конкретні елементи;

3) мають правовстановлюючий, правозастосовний і правореалізуючий характер, адже вони виникають і формуються під час прийняття та втілення законів і підзаконних нормативно-правових актів, а також застосування окремих норм права;

4) виникають з приводу реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, надання адміністративних послуг, а також міжнародного співробітництва;

5) можуть мати місце як на загальнодержавному, так і на місцевому рівнях. Це перш за все залежить від суб'єктів-учасників таких правовідносин. Наприклад, відносини за участю Верховної Ради України чи Кабміну України здійснюються в межах держави та стосуються всієї сфери охорони здоров'я, а відносини за участю органів місцевого самоврядування (приміром, спрямовані на організацію надання медичної допомоги та медичного обслуговування населенню, яке проживає на конкретних адміністративно-територіальних одиницях) складаються на місцевому рівні.

б) можуть мати міжнародний характер у випадках міжнародного співробітництва в межах доведення відповідно до міжнародних норм і стандартів надання медичної допомоги та здійснення медичного обслуговування;

7) виникають з метою вирішення принципово важливих питань щодо організації надання населенню медичної допомоги та здійснення медичного обслуговування;

8) є визначальними щодо внутрішньоорганізаційних відносин, оскільки від результатів і розвитку зовнішніх відносин буде залежати сутність і характер внутрішніх, тому що останні є похідними від зовнішніх адміністративних правовідносин [157, с. 143].

Отже, зовнішні адміністративно-правові відносини призначені для врегулювання найважливіших принципових питань функціонування сфери охорони здоров'я, а їх сутність можна викласти через таке визначення: зовнішні адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я – це правові відносини між органами публічної влади та іншими державними і недержавними інституціями, які виникають у сфері охорони здоров'я, зокрема щодо реалізації державної політики у цій сфері, надання адміністративних послуг, а також міжнародного співробітництва задля здійснення

безпосереднього впливу на систему охорони здоров'я під час вирішення питань з реалізації права кожного на охорону здоров'я та організації медичного обслуговування населення, переважно шляхом встановлення, застосування і реалізації адміністративно-правових норм [157, с. 143].

Як уже неодноразово наголошувалось, адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я, як і будь-які інші правовідносини, виникають, змінюються та припиняються на підставі правових норм. У такому контексті останні є підґрунтям для формування адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, будучи фундаментом, на основі якого вони виникають і розвиваються. Саме від регламентації адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я залежить функціонування вказаної сфери як на зовнішньому, так і внутрішньому рівнях, а тому з'ясування стану адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні є невід'ємною складовою проведення глибинного дослідження змісту таких правовідносин [157, с. 143].

1.5. Сучасний стан адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні

Реформування сфери охорони здоров'я супроводжується численною кількістю здійснення заходів, спрямованих на доведення процедур надання медичної допомоги та медичного обслуговування до сучасних світових стандартів, які неможливо втілити без оновлення нормативно-правової бази, що регулює функціонування сфери охорони здоров'я. Тому впровадження реформи сфери охорони здоров'я стосується не лише проведення різноманітних організаційних заходів, а й удосконалення чинних нормативно-правових актів і прийняття нових задля втілення та забезпечення роботи оновленої системи охорони здоров'я [147, с. 65]. Впровадження нових процедур надання медичної допомоги громадянам та медичного обслуговування населення потребує такої

ж детальної регламентації, як і засади, на основі яких вони (процедури) реалізуються. Це, у свою чергу, сприяє накопиченню множинності нормативно-правових актів, які регулюють різні види та напрями медичної допомоги. Внаслідок цього можна зробити висновок, що сучасний стан нормативно-правової бази сфери охорони здоров'я не можна визначати як досконалий. По-перше, в процесі реалізації реформи, коли приймається і скасовується безліч нормативно-правових актів, створити стабільну нормативно-правову базу практично неможливо. По-друге, за таких умов нерідко приймаються нормативно-правові акти, які не тільки не доповнюють один одного, а й не кореспондуються між собою (наприклад, посада державного санітарного лікаря, якої наразі не існує, продовжує фігурувати в ряді законів, зокрема у ст. 236 КУпАП [185]). По-третє, множинність неоднорідних за змістом законів і підзаконних нормативно-правових актів не сприяє ефективному регулюванню правовідносин у сфері охорони здоров'я, а навпаки, призводить до їх хаотичного розвитку, негативно відображаючись на динаміці їх розвитку. Необхідно також відзначити, що значне місце в правовому регулюванні відносин відведено саме адміністративним нормам, які призначені для упорядкування організаційно-розпорядчих процесів, зокрема у сфері охорони здоров'я, адже вони спрямовані на створення та забезпечення таких умов, які безперешкодно дозволяють громадянам реалізувати власні конституційні права на життя, здоров'я та медичну допомогу [147, с. 65].

Будь-які норми, в тому числі адміністративного права, призначені для врегулювання різного виду юридичних зв'язків, що виникають на території держави між особами та за її межами, адже право в різних його формах (правилах, законах, вказівках, розпорядженнях тощо) з давніх часів виступало основним засобом впорядкування суспільних зв'язків і, як наслідок, правовідносин. Там, де мають місце правовідносини, виникає необхідність їх регулювання, в тому числі з метою недопущення відхилень у їх динаміці, наслідком чого може стати девіантна чи протиправна поведінка учасників таких правових відносин. За допомогою останніх також забезпечується безліч

державних процесів, пов'язаних із управлінням і функціонуванням суспільно-важливих державних сфер, серед яких – сфера охорони здоров'я. Тому їх врегулювання є не тільки необхідним, а й обов'язковим [147, с. 65–66].

Розгляд загального питання регулювання правовідносин не може відбуватись без його базової категорії – поняття «регулювання» як похідного від дієслова регулювати, що буквально означає: «впорядковувати що-небудь, керувати чимось, підкоряючи його відповідним правилам, певній системі ... належного ступеня вияву чого-небудь» [48, с. 1204]. У наведених визначеннях, що відображають етимологічну сутність процесу регулювання, відображається його провідна мета, яка полягає у сталому функціонуванні (роботі, діяльності) конкретного об'єкту, як-от: будь-яка суспільна сфера, процес управління чи правовідносини. У праві таким об'єктом виступають суспільні правовідносини. Опосередковано на це вказується у вислові Т. О. Пікулі: «особливістю юридичної науки порівняно з іншими гуманітарними науками є те, що вона має прикладний характер, покликана обслуговувати практичні потреби правового регулювання суспільних відносин, сприяти вдосконаленню законодавства та юридичної практики» [505, с. 15]. При цьому такий процес забезпечується насамперед за допомогою встановлення загальнообов'язкових правил поведінки на рівні правових норм (об'єктивного права). Явищу правового регулювання в юриспруденції відводиться ключова роль, яка обумовлюється його глобальним характером впливу та власне призначенням – встановленням правопорядку в державі, реалізації принципу законності та забезпечення функціонування і розвитку суспільства. В такому контексті сфера охорони здоров'я відіграє стратегічно важливу роль, оскільки без її стабільного функціонування та надання якісної медичної допомоги та медичних послуг індивіди як утворюючі елементи суспільства перестануть існувати.

Під правовим регулюванням прийнято розуміти:

1) «цілеспрямований результативний вплив права на конкретні суспільні відносини з метою їх впорядкування та вдосконалення за допомогою виключно правових засобів» [505, с. 256; 57, с. 103];

2) «здійснюваний за допомогою правових засобів (юридичних норм, правовідносин, індивідуальних приписів тощо) результативний, нормативно-організаційний вплив на суспільні відносини з метою їх упорядкування, охорони, розвитку відповідно до вимог економічного базису, суспільних потреб даного соціального ладу» [18, с. 289];

3) «здійснюваний за допомогою юридичних засобів процес упорядкування суспільних відносин з метою забезпечення певної сукупності соціальних інтересів, які вимагають правового гарантування» [123, с. 207–208];

4) «складний та системний процес, який здійснюється за допомогою спеціальних засобів юридичного впливу на суспільні відносини» [533, с. 341].

Наведені визначення, зважаючи на окремі відмінності, однаково відбивають зміст видів соціального впорядкування – правового регулювання, яке за своєю юридичною природою є цілеспрямованою організаційною діяльністю суспільства, що здійснюється переважно шляхом делегування державі відповідних повноважень у цьому напрямі за допомогою використання сукупності правових засобів, способів та інструментів, спрямованих на впорядкування конкретних суспільних зв'язків. Водночас щодо останнього визначення правового регулювання необхідно відзначити, що воно може бути визнане некоректним у частині визначення правового регулювання через вплив на правові відносини, оскільки, незважаючи на спорідненість понять «правовий вплив» і «правове регулювання», їх не можна ототожнювати. Правовий вплив є більш широким абстрактним поняттям, оскільки безпосередній вплив здійснюється на правові відносини взагалі, через свідомість і поведінку осіб, а не на конкретні відносини, і не лише за допомогою юридичних засобів, а й інших (наприклад, психологічних).

Процес правового регулювання має власну методологію, яка складається з двох груп методів: імперативного (для врегулювання правових відносин, які будуються за моделлю владного та підпорядкованого становища учасників правових відносин) та диспозитивного (регулюють правові відносини, учасники яких перебувають в рівному юридичному становищі). Обидва методи

знаходять своє втілення в таких напрямках, як: «1) закріплення і охорона нових суспільних відносин; 2) заборона певних суспільних відносин і поведінки; 3) зміна характеру відносин у певній сфері; 4) стимулювання розвитку певних суспільних відносин; 5) сприяння (за допомогою нових законів) виникненню і формуванню нових відносин і суспільних явищ» [468, с. 493–494].

Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я регулюються за допомогою обох методів. Водночас перевага надається імперативному методу, оскільки саме за його допомогою стає можливою побудова сталої системи охорони здоров'я, де органи державної влади разом із медичним персоналом в повному обсязі виконують покладені на них обов'язки, що створює сприятливі умови для повної реалізації громадянами їх конституційних прав на життя, здоров'я та медичну допомогу. Так, основним завданням органів державної влади та місцевого самоврядування, а також певних державних і недержавних інституцій є створення правової та матеріально-технічної бази для надання медичної допомоги, а також вирішення ряду організаційних питань, пов'язаних із забезпеченням функціонування системи охорони здоров'я. Медичний персонал, зі свого боку, повинен додержуватися професійних обов'язків, в тому числі тих, які регламентовані на законодавчому рівні (протоколи лікування [383; 384] чи Клятва лікаря [393]).

Таким чином, імперативний метод адміністративно-правового регулювання застосовується за наявності відносин, що розвиваються за моделлю «влада-підпорядкування», де безпосереднім об'єктом управління може бути будь-який суб'єкт системи охорони здоров'я. Диспозитивний метод регулювання адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я переважно має місце там, де одним із їх учасників є громадянин, який отримує чи бажає отримати медичну допомогу та обслуговування. Наприклад, громадянин, керуючись власним уподобанням, обирає лікаря, з яким укладає медичну декларацію, а також, керуючись суб'єктивним переконанням, погоджується чи відмовляється від проведення хірургічних операцій, добровільно стає донором тощо.

Як уже зазначалося вище, регулювання суспільних відносин відбувається за допомогою певних основних (дозвіл, заборона або веління, зобов'язання [505, с. 258; 468, с. 496; 123, с. 214]) і допоміжних («примус, заохочення, покарання, надання пільг, виключення з переліку обов'язків, пом'якшення юридичної відповідальності» [123, с. 215]) способів, які можуть застосовуватись на двох рівнях: нормативному та індивідуально-правовому. У першому випадку процес регулювання відбувається на загальному рівні та охоплює невизначену кількість однакових за своїм змістом випадків і ситуацій без будь-якої чіткості, строків чи персоніфікації. Індивідуально-правовий рівень є протилежним нормативному і передбачає впорядкування діяльності конкретних осіб у визначених ситуаціях протягом певного часового терміну. Вказані методи та способи разом із «принципами права, нормами права, нормативно-правовими актами, юридичними фактами, актами тлумачення норм права, актами застосування норм права, законністю, правовою свідомістю, правовою культурою, правомірною поведінкою, протиправною поведінкою, юридичною відповідальністю» [505, с. 262] утворюють механізм правового регулювання.

Одночасно з'ясування стану адміністративно-правового регулювання неможливе без конкретизації сутності категорії «стан», яка означає «обставини, умови, в яких хто-, що-небудь перебуває, існує; ситуація, зумовлена певними обставинами, умовами; сукупність ознак, рис, що характеризують предмет, явище в даний момент відповідно до певних вимог щодо якості, ступеня готовності і т. ін.» [48, с. 1383]. Проведений етимологічний аналіз разом із характеристикою адміністративно-правового регулювання дає підстави визначати зміст стану останнього як сукупність положень, які об'єктивно характеризують механізм адміністративно-правового регулювання і його окремі елементи. Зважаючи на те, що основою правового механізму є правові норми, визначальне значення у даному випадку має всебічна оцінка останніх щодо їх актуальності, доцільності, реальності та ефективності. Актуальність норм права в цьому випадку відображає здібність правових норм урегулювати

правові відносини в суспільстві, що виникають в певний конкретний період, адже не може бути ефективним той правовий припис, який урегулює неіснуючі відносини. Доцільність встановлення правових норм полягає в тому, що встановлення норми саме такого змісту зможе якомога повніше врегулювати виникаючі суспільні зв'язки, адже у першу чергу регулювання потребують такі відносини, що складаються внаслідок найважливіших процесів, які можуть вплинути на загальновизнані людські цінності (життя, здоров'я, безпека тощо). Визначення стану правового, зокрема адміністративно-правового, регулювання є нагальним питанням, тому що дає можливість об'єктивно оцінити нормативно-правову базу чи окремі правові акти, що регламентують найважливіші суспільні відносини. Особливого значення така оцінка набуває тоді, коли: 1) вона стосується важливих сфер суспільного життя; 2) існуюча система тієї чи іншої сфери визнана неефективною і, як наслідок, підлягає реформуванню. Необхідно відзначити, що сфера охорони здоров'я абсолютно повно відповідає обом указаним умовам, а тому питання щодо оцінки стану адміністративно-правового регулювання має не тільки важливе теоретичне, а й практичне значення, оскільки дає можливість виявити прогалини в законодавстві та усунути їх на початкових етапах реформаційних процесів.

Адміністративно-правове регулювання є різновидом правового регулювання, а тому першому притаманні ті ж самі ознаки, що й останньому. Метою адміністративно-правового регулювання так само є упорядкування правових відносин, але лише тих, які можуть бути врегульовані нормами адміністративного права за допомогою переважно імперативних методів. Вказаний вид правового регулювання орієнтований на задоволення потреб суспільства та держави, а не окремих громадян, на загальному та індивідуальному рівнях шляхом застосування певних засобів і способів. Ці та інші характеристики категорії адміністративно-правового регулювання відображаються в його численних наукових дефініціях як:

1) «адміністративно-правовий вплив на суспільні відносини, який здійснюється за допомогою комплексу адміністративно-правових засобів та інших правових явищ, які в сукупності складають механізм адміністративно-правового регулювання» [543, с. 55];

2) «вплив публічної адміністрації на відносини, які виникають у суспільстві задля їх впорядкування, а також охорони, захисту та розвитку, яке досягається за допомогою застосування сукупності адміністративно-правових засобів» [11, с. 211];

3) «цілеспрямований вплив правових норм, що прийняті державою і є відповідними адміністративними засобами забезпечення прав та законних інтересів фізичних, юридичних осіб та держави у суспільних відносинах з метою підпорядкування їх юридично встановленому правопорядку, а також охорони та розвитку в інтересах суспільства і держави» [511, с. 51];

4) «спеціально-юридичний механізм впливу на поведінку і діяльність учасників адміністративних правовідносин» [14, с. 83].

Існування власних специфічних властивостей і різних тлумачень поняття «адміністративно-правове регулювання» обґрунтовує наявність особливого механізму, притаманного саме цьому організаційному процесу. Водночас під механізмом правового регулювання розуміють «засоби функціонування єдиної системи такого регулювання з метою забезпечення прав, свобод і публічних законних інтересів фізичних та юридичних осіб, функціонування громадянського суспільства і держави» [11, с. 214], в якому чільне місце посідають адміністративні норми та їх зовнішнє вираження (форми), а процес регулювання здійснюється за допомогою основних (уповноваження, дозвіл, зобов'язання, розпорядження, заборона) і спеціальних засобів (адміністративний примус). При цьому таке регулювання має певні межі, які «пов'язані з діяльністю органів виконавчої влади, охоплюють суспільні відносини управлінського характеру, що складаються у цій сфері державної діяльності з керівництва економікою, соціальною сферою і культурою, адміністративною діяльністю. В деяких випадках адміністративно-правове

регулювання поширюється на внутрішньоорганізаційну діяльність інших державних органів та зовнішньоорганізаційні відносини органів виконавчої влади з громадянами, недержавними формуваннями (громадськими організаціями, партіями)» [16, с. 23]. Отже, в процесі адміністративно-правового регулювання суспільних відносин провідна роль відводиться положенням, в тому числі правилам і принципам, що закріплюються в нормах адміністративного права на підзаконному рівні. Йдеться про фактичне визначення відповідності чинних підзаконних нормативно-правових актів сучасним реаліям. Також необхідно наголосити, що всі адміністративно-правові засоби регулювання суспільних зв'язків, як-от: заборона, зобов'язання, уповноваження, дозвіл, адміністративний примус – закріплюються саме в нормах права, що додатково вказує на те, що саме вони становлять сутність механізму адміністративно-правового регулювання [147, с. 66].

Варто підтримати точку зору М. О. Лавренчука, що: «становлення й подальший розвиток демократії нерозривно пов'язані з удосконаленням правового регулювання суспільних відносин, значне місце серед яких належить адміністративним правовідносинам» [215, с. 41]. Адже останні насамперед призначені для врегулювання соціальних сфер, зокрема сфери охорони здоров'я. Цьому питанню було приділено низку фундаментальних наукових праць, в результаті яких отримані важливі положення для науки адміністративного права взагалі та зазначеної сфери зокрема. Так, В. В. Воробйов, досліджуючи процес адміністративно-правового регулювання сфери охорони здоров'я, визначає його як «сукупність організаційно-правових форм і механізмів щодо забезпечення заходів соціально-економічного, медико-санітарного, протиепідемічного характеру, здійснюваних спеціалізованими організаціями, метою яких є зміцнення, збереження і підтримання здоров'я людини, надання якісної, професійної високотехнологічної медичної допомоги всім, хто має потребу в ній, а також забезпечення доступності отримання такої допомоги» [58, с. 8]. Зважаючи на особливості адміністративно-правового регулювання суспільних відносин і наведене визначення, вважаємо необхідним

уточнити, що така діяльність здійснюється системою органів виконавчої влади, які забезпечують та реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я, заклади охорони здоров'я, а також інші фізичні та юридичні особи, які надають медичну допомогу чи здійснюють медичне обслуговування. Не останню роль в діяльності таких органів і безпосередньо осіб відіграє саме організаційний аспект функціонування системи охорони здоров'я чи її окремих елементів, оскільки «від досконалості їх організаційної структури, чіткості функціонування та злагодженості в роботі значною мірою залежить сила організуючого та мобілізуючого впливу на керовані об'єкти, ефективність управління» [58, с. 12].

Г. С. Рожков, вказуючи на складність оновлення правового масиву регулювання сфери охорони здоров'я, зазначає: «За своїм характером охорона здоров'я в самостійній Україні тривалий час залишалася радянською, а ті нові риси, яких вона набула за останні роки, не завжди дають позитивні результати» [447, с. 223]. Слушною є оцінка основних елементів адміністративно-правового регулювання Л. О. Самілик, яка зазначає, що правове регулювання сфери охорони здоров'я – неповне та недосконале, тому що «здійснюється нормативно-правовими актами, які за змістом та наповненням є застарілими і такими, що не відповідають новим тенденціям у правовій системі» [454, с. 15]. Наразі фактично, замість існування комплексного нормативно-правового акта вищої юридичної сили, маємо величезний масив підзаконних нормативно-правових актів, наслідком чого є відсутність синхронізації останніх між собою, а також ряд організаційних проблем щодо надання медичної допомоги та здійснення медичного обслуговування населення.

Між тим, з'ясування стану адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні набуває особливої актуальності в умовах реформування зазначеної сфери, в той період коли значна частина нормативно-правового забезпечення проходить етап свого оновлення, приймаються нові підзаконні нормативно-правові акти, внаслідок чого

неактуальні втрачають юридичну силу. Саме в процесі перебудови тієї чи іншої галузі першочергове значення мають адміністративні норми як такі, що забезпечують нові засади та порядок роботи інститутів в межах окремої структури. Разом із тим під час оновлення достатньо великого обсягу правових документів нерідко виникають суперечності між окремими нормативними актами, правові прогалини, неточності та дублювання, а при оновленні змісту підзаконних нормативно-правових актів їх приписи оновлюються не комплексно, а однобічно – в рамках вирішення конкретного питання. На практиці така ситуація стає справжньою проблемою, коли постає питання, якою саме нормою права необхідно керуватись в тій чи іншій ситуації чи до якого органу необхідно звернутись для вирішення певного питання, адже ефективна робота може бути організована та налагоджена тільки за умови якісного правового забезпечення [147, с. 66]. Так, наразі Державної санітарно-епідеміологічної служби не існує, вона ліквідована [170, с. 44], а всі її повноваження покладено на Держпродспоживслужбу [101], між тим правові норми щодо визначення статусу першої та напрями її діяльності залишаються чинними, що прямо передбачено приписами Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [327] та Положенням про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні, затвердженим постановою Кабміну України від 22.06.1999 № 1109 [341].

За таких умов стає очевидним, що нормативна база у сфері охорони здоров'я характеризується численною кількістю недоліків, серед яких: «недостатньо виражена державна політика у сфері охорони здоров'я громадян, у тому числі її законодавчого забезпечення; відсутність науково обґрунтованої стратегії законодавчої діяльності у сфері охорони здоров'я; низька законотворча активність суб'єктів законодавчої ініціативи; складність проходження законопроектів про охорону здоров'я у Верховній Раді України; відсутність спеціалістів, які б мали необхідний обсяг знань як у сфері юриспруденції, так і в медицині; неконсолідованість діяльності представників правової і медичної науки; недостатнє використання позитивного досвіду в

регулюванні охорони здоров'я за кордоном; правова база охорони здоров'я є дуже нечіткою, нерідко зустрічаються законодавчі колізії і ситуації, коли норми різних актів, що регламентують в тій чи іншій мірі охорону здоров'я, суперечать один одному; надмірна розпорошеність норм, що стосується охорони здоров'я, по всьому українському законодавству» [225, с. 5].

На жаль, наявність значної кількості правових приписів, якими відрізняється сфера охорони здоров'я, не розв'язує питання нормативного врегулювання її функціонування та вирішення актуальних завдань, пов'язаних із наданням медичної допомоги та обслуговуванням на якісно новому рівні, навпаки, це обумовлює потребу в їх систематизації. Проведення останньої зможе вирішити ряд проблем прикладного характеру, адже це однозначно зможе знизити обсяг підзаконних нормативно-правових актів, якими врегульовується ряд аспектів у сфері охорони здоров'я та дозволить об'єктивно переглянути їх зміст щодо відповідності та дублювання законодавчих положень. Вона також буде сприяти швидкому пошуку правових норм практиками, фахівцями і громадянами та формувати у них об'єктивне уявлення про регулювання того чи іншого питання, а також правильному та системному їх тлумаченню.

Враховуючи усі відомі способи систематизації законодавства та зважаючи на численну кількість нормативно-правових актів, що регулюють відносини у сфері охорони здоров'я, найбільш доцільним способом їх систематизації є кодифікація. Йдеться про прийняття Медичного кодексу України, що також обумовлено тенденцією трансформації медичної сфери в самостійну правову галузь [147, с. 67].

Звичайно, питання прийняття такого масштабного правового акта виходить за межі компетенції виконавчих органів державної влади, зокрема Кабмін України та МОЗ України, адже кодифікація передбачає прийняття відповідного законодавчого акта, тому відноситься до питання адміністративно-правового регулювання лише частково. Утім, зважаючи на значущість цього процесу для врегулювання адміністративно-правових

відносин, слід відзначити його позитивні аспекти: по-перше, це дасть змогу комплексно підійти до вдосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я; по-друге, зменшить кількість нормативно-правових актів, що регулюють галузь охорони здоров'я (наразі їх кількість становить понад дві тисячі документів); по-третє, усуне неузгодженості та розбіжності між підзаконними нормативно-правовими актами у сфері охорони здоров'я; по-четверте, дасть змогу виробити й у перспективі дотримуватися уніфікованої «політики» правового регулювання; по-п'яте, дасть змогу, виявити та усунути прогалини у правовому регулюванні тих чи інших інститутів. Зауважимо, що на необхідність кодифікації медичного законодавства неодноразово наголошувалось Н. Б. Болотіною [37, с. 120–121], Р. Ю. Гревцовою [77, с. 10–11], Д. В. Карамишевим [139, с. 22], О. В. Любінець, Е. Ю. Махмудовим [518, с. 70], І. Я. Сенютою [225, с. 9], Р. О. Стефанчуком [483, с. 41], В. М. Третьяковим та іншими вченими. Вважаємо, що нормами такого кодифікованого акта може бути урегульовано чимало важливих, в тому числі організаційних питань, а саме: засади функціонування системи охорони здоров'я; надання медичної та домедичної допомоги, здійснення медичного обслуговування, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення (як невід'ємної складової охорони здоров'я); здійснення донорства крові та її компонентів; проведення трансплантації анатомічних матеріалів людини; визначення статусу закладів охорони здоров'я різного рівня, в тому числі порядок їх акредитації; закріплення статусів медичних працівників та пацієнта як центральної постаті в даній сфері; порядок надання медичних та адміністративних послуг; окремі питання забезпечення санітарно-курортної діяльності; положення щодо охорони здоров'я матері та дитини; проведення медичних експертиз; здійснення медичної та фармацевтичної діяльності, в тому числі в частині забезпечення населення лікарськими засобами, іншими медичними препаратами та медичним обладнанням, їх виробництво та реалізація; кадрові питання, зокрема ті, що стосуються соціального забезпечення медичних працівників; порядок акредитації закладів охорони здоров'я контрольно-

наглядової діяльності у сфері охорони здоров'я, а також положення щодо юридичної відповідальності за порушення вказаних законодавчих норм [147, с. 67–68].

Слід також зауважити, що необхідність створення медичного кодексу активно підтримують не тільки вчені та практики в галузі юриспруденції, а й фахівці медичної сфери. Так, на думку Р. В. Богатирьової, «медичне право потребує кодифікації, тобто створення єдиного, логічно і юридично цілісного нормативно-правового акта – Медичного кодексу. У нього повинні увійти такі закони: «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я», «Про правовий статус медичних працівників», «Про права пацієнтів» – та інші законодавчі акти, що регламентують правовідносини в системі охорони здоров'я» [521].

В напрямі систематизації медичного законодавства позитивним прикладом є Кодекс Республіки Казахстан про здоров'я народу та систему охорони здоров'я [184], який складається із загальної та особливої частини. Перша частина, окрім загальних положень, включає засади державного регулювання та управління у сфері охорони здоров'я та повноваження суб'єктів, які його здійснюють (наприклад, Уряд Республіки Казахстан, державний орган у сфері санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, Національний холдинг в галузі охорони здоров'я, об'єднана комісія за якістю медичних послуг тощо). Вона також регламентує: порядок здійснення адміністративних процедур (ліцензування, акредитацію та атестацію); встановлює стандарти в галузі охорони здоров'я, котрі стосуються товарів, робіт, послуг і реклами; здійснення контрольної-наглядової діяльності; вирішення питань, пов'язаних із фінансуванням (джерела, форми тощо); порядок інформатизації у сфері охорони здоров'я, а також міжвідомчої координації органів державної влади та міжнародного співробітництва.

Особлива частина Кодексу Республіки Казахстан про здоров'я народу та систему охорони здоров'я визначає зміст і види (перша та медико-соціальна допомога; долікарська, кваліфікована, спеціалізована медична допомога;

високотехнологічні медичні послуги) та форми медичної допомоги, до яких віднесено: первинну медико-санітарну допомогу; консультативно-діагностичну допомогу; стаціонарну допомогу; швидку медичну допомогу; санітарну авіацію; медичну допомогу при надзвичайних ситуаціях; відновлювальне лікування і медичну реабілітацію; паліативну допомогу та сестринський догляд; традиційну та народну медицину (цілительство); лабораторну діагностику; патологоанатомічну діагностику. Поза медичною допомогою та медичним обслуговуванням в окремі глави та розділи Особливої частини вказаного кодифікованого акта виділено: здійснення різних експертиз у сфері охорони здоров'я; фармацевтичну діяльність; права й обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я і гарантії їх забезпечення; охорону репродуктивних прав людини; надання медико-соціальної допомоги хворим на туберкульоз, ВІЛ-інфікованим, тим особам, які страждають на психічні розлади чи захворювання, хворим на алкоголізм, наркоманію та токсикоманію; порядок хірургічного втручання, переливання крові, її компонентів та застосування інвазивних методів діагностики; визначення біологічної смерті; порядок здійснення евтаназії; донорства крові та її компонентів; трансплантації тканин; засади діяльності у сфері санітарно-епідеміологічного благополуччя населення та охорону громадського здоров'я; положення про здійснення освітньої та наукової діяльності у сфері охорони здоров'я; права і обов'язки, трудові відносини, в тому числі ті, що стосуються морально-етичного аспекту професійної діяльності медичних працівників; функціонування національного превентивного механізму – системи попередження катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведінки і покарання, що функціонує за допомогою діяльності його учасників.

Незважаючи на фундаментальність такого кодифікованого акта, об'єктивно ним не можна врегулювати абсолютно всі питання функціонування сфери охорони здоров'я, особливо зважаючи на те, що наразі до Верховної Ради України не внесено жодного подібного законопроекту, а його розробка – це достатньо тривалий та кропіткий процес команди висококваліфікованих

фахівців у різних галузях права, медицини, економіки тощо. Так, одним із не врегульованих питань можна вважати питання про притягнення до дисциплінарної відповідальності лікарів безпосередньо за недодержання норм Етичного кодексу лікаря України [117], який закріплює певні правила поведінки для лікарів. Утім, у чинному законодавстві відсутній порядок здійснення дисциплінарного провадження щодо медичних працівників, зокрема лікарів. З огляду на відсутність спеціального підзаконного нормативно-правового акта в разі недодержання лікарем етичних норм громадянин має право подати скаргу в загальному порядку відповідно до Закону України «Про звернення громадян» [389]. Зважаючи на специфіку цієї сфери, маємо сумніви, що в рамках подання такої скарги може бути об'єктивно вирішено питання про порушення дисциплінарних норм лікарем. Крім того, незрозумілими є заходи дисциплінарної відповідальності внаслідок задоволення подібних скарг. Внаслідок цього маємо таку конструкцію, коли «де-юре» можна казати про певну дисциплінарну відповідальність лікарів, при цьому «де-факто» такого механізму не існує через відсутність правових підстав його функціонування. Інститут дисциплінарної відповідальності повинен поширюватись на всіх працівників медичної сфери, а не тільки лікарів, звичайно, з градацією дисциплінарних заходів відповідно до ступеня відповідальності за надання медичної допомоги та здійснення іншої діяльності, пов'язаної з нею. Таким чином, вбачається доцільним розробити та затвердити на рівні МОЗ України правила етичної поведінки медичних працівників, а також окремий підзаконний нормативно-правовий акт про порядок здійснення дисциплінарного провадження лікарів та інших працівників у сфері охорони здоров'я [147, с. 68–69].

Також необхідно звернути увагу на Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я, прийнятих 17 Всесвітньою медичною асамблеєю (Нью-Йорк, США, жовтень 1963 р.) із поправками, внесеними 35 Всесвітньою медичною асамблеєю (Венеція, Італія, жовтень 1983 р.) [82]. Наведемо два з дванадцяти

задекларованих принципів: «V. Медики мають бути адекватно представлені у всіх офіційних органах, що займаються проблемами охорони здоров'я» та «VII. Має бути гарантована моральна, економічна та професійна незалежність лікаря» [82]. Так, принцип присутності медичних працівників в охороноздоровчих органах є надзвичайно важливим, адже цілком природно, коли в Національному банку України служить переважна кількість банкірів та економістів, а у Генеральному штабі України працюють фахівці з військової справи. Тому в низці центральних органів виконавчої влади на адміністративних посадах мають бути присутні фахівці з медичною освітою. Крім того, медичні працівники мають отримувати більше коштів за виконання своїх професійних обов'язків та нести більшу відповідальність порівняно з іншими суб'єктами. Утім вказані принципи не реалізовані в національній системі охорони здоров'я, адже не знайшли свого належного закріплення на законодавчому рівні [150, с. 74–75].

Підсумовуючи наведене, слід вказати на неможливість однозначно оцінити сучасний стан адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я, оскільки йому притаманні як позитивні, так і негативні аспекти. Серед позитивних аспектів регулювання слід відмітити прийняття основних нормативно-правових актів, які всебічно забезпечують реформування сфери охорони здоров'я (наприклад, Закон № 2168-VIII [320], Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [314], Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, схвалену розпорядженням Кабміну України від 30.11.2016 № 1013-р [418], Положення про НСЗУ, затверджене постановою Кабміну України від 27.12.2017 № 1101 [424], Вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затверджені постановою Кабміну України від 28.03.2018 № 391 [329], Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затверджені

постановою Кабміну України від 25.04.2018 № 410 [101], Деякі питання електронної системи охорони здоров'я, затверджені постановою Кабміну України від 25.04.2018 № 411 [96]), а також внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я, зокрема щодо уточнення та легального закріплення термінів, що вживаються у сфері охорони здоров'я [270] (наприклад, «заклад охорони здоров'я», «медична субсидія», «медичне обслуговування», «охорона здоров'я», «оцінка медичних технологій», «медична послуга») та виділення видів медичної допомоги (екстреної, первинної, спеціалізованої, високоспеціалізованої та паліативної), отримання загальної середньої та вищої освіти в навчальних закладах системи охорони здоров'я різного рівня акредитації тощо. Тим часом прийняття нових правових норм не може виправити певні законодавчі недоліки в частині суперечності та втрати актуальності окремих положень нормативно-правових актів. У зв'язку з цим останні потребують аналізу, спрямованого на виявлення вказаних неточностей та їх усунення. Вбачається, що така робота повинна здійснюватися спеціальною тимчасовою комісією, створеною при МОЗ України, принаймні на період проведення реформи. Результатом роботи такої комісії повинна стати розробка проектів нормативно-правових актів, спрямованих на усунення законодавчих розбіжностей і виявлення прогалин у врегулюванні функціонування сфери охорони здоров'я [147, с. 69].

На підзаконному рівні в межах реформування системи охорони здоров'я також потребує свого розгляду питання впровадження та нормативного забезпечення дисциплінарного провадження щодо медичних працівників, а також прийняття етичних правил поведінки під час здійснення ними професійної діяльності. Актуальною є і систематизація нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, насамперед через їх значний обсяг і розгалуженість. Пріоритетним способом систематизації в такому випадку залишається кодифікація. При цьому до окремих підзаконних нормативно-правових актів можуть бути застосовані й інші способи їх систематизації, такі як консолідація та інкорпорація [147, с. 69].

Характеризуючи адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я, необхідно враховувати не лише їх зовнішні форми і чинники, що впливають на виникнення та розвиток цих правовідносин, а й внутрішню складову (структуру), яка відображає зміст, оскільки саме вона впливає на зовнішню форму таких відносин, а також позначається на безпосередньому впливі на організацію сфери функціонування охорони здоров'я. Тому під час перспективних наукових пошуків вважаємо за доцільне приділити увагу структурі адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я (об'єкту, змісту та суб'єктам) [147, с. 69].

Висновки до розділу 1

Проведена загальнотеоретична характеристика адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні дозволила отримати такі висновки:

1. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я розглянуто як окремий вид адміністративних правових відносин та охарактеризовано їх ознаки. Виявлено особливості адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, що випливають із сутності управлінської діяльності держави та відповідають її профільній політиці, яка провадиться в зазначеній сфері.

Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я визначено як окрему категорію правових відносин, які виникають у сфері охорони здоров'я за участю центрального органу виконавчої влади, що реалізує політику в цій сфері, та/або інших суб'єктів, що здійснюють публічне управління у цій сфері, пов'язані з кореспондуючими правами й обов'язками, що мають внутрішньо- і зовнішньоорганізаційний характер та спрямовані на забезпечення права кожного на охорону здоров'я, підтримку належного рівня громадського здоров'я і санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, а також реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я загалом.

2. Розглянуто співвідношення понять «передумова», «умова» та «підстави» виникнення правовідносин.

За певними критеріями (вольова ознака, склад, наявність чи відсутність життєвих обставин, правові наслідки) та з урахуванням специфіки сфери охорони здоров'я охарактеризовано юридичні факти, існуючі у теорії права. Юридичні факти визначено як конкретні життєві обставини, що можуть залежати від волевиявлення – бути його наслідками (донорство крові чи її компонентів як добровільний акт), а також наставати незалежно від волі особи, але в будь-якому разі передбачені в тій чи іншій мірі в правовій нормі (примусове лікування, яке найчастіше застосовується до осіб хворих на наркоманію, та здійснюється лише за наявності судового рішення, за умови, якщо така особа продовжує вживати наркотичні засоби).

Передумовами виникнення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я визначено систему соціальних цінностей, елементами якої є здоров'я та життя кожної людини.

3. Адміністративно-правових відносини у сфері охорони здоров'я в Україні розглянуто як складну та багатокомпонентну систему, котра вміщує різні правовідносини (конституційні, цивільні, господарські, трудові, медичні та ін.), комплексні за своєю правовою природою.

Вказано, що конституційно-правові відносини у сфері охорони здоров'я мають загальний характер, а тому створюють фундамент для подальшого розвитку всіх інших видів правових відносин у цій сфері, в тому числі й адміністративних.

Доведено, що цивільно-правові відносини виникають між юридично рівними суб'єктами та на відміну від адміністративно-правових відносин публічного характеру повністю виключають будь-яку імперативність і побудову ієрархічних відносин, що передбачають підпорядкування одних осіб іншим, а тому не носять організаційно-розпорядчого характеру. До того ж вони спрямовані не на організацію роботи системи охорони здоров'я, а мають на меті задовольнити конкретні потреби фізичних осіб, шляхом сприяння у

реалізації сукупності цивільно-правових норм, що закріплюють право на охорону здоров'я та інші суміжні права.

З'ясовано, що зміст господарсько-правових відносин у сфері охорони здоров'я складають медична та фармацевтична діяльність, спрямована на медичне обслуговування населення, що здійснюється юридичними особами державної та недержавної форми власності, а також фізичними особами з метою одержання прибутку, яка прямо чи опосередковано пов'язана з наданням медичної допомоги. Господарські правовідносини у сфері охорони здоров'я відрізняються від адміністративних за: суб'єктами, до яких фактично не віднесено осіб наділених владними повноваженнями; змістом, який у господарсько-правових відносинах становить медична та фармацевтична діяльність, здійснення якої спрямовано на отримання прибутку; характером правовідносин – господарсько-правові відносини, пов'язані насамперед з підприємницькою діяльністю та її організацією, а за змістом адміністративних правовідносин є управлінські дії. Зв'язок цих видів правовідносин полягає лише в регулюванні державою господарської діяльності у сфері охорони здоров'я.

Наголошено, що трудові правовідносини у сфері охорони здоров'я виникають між усіма без винятку медичними працівниками та особами, які займають керівні посади в закладах охорони здоров'я. Медичні працівники не мають статусу державних службовців, а тому вся їх трудова діяльність регулюється правовими актами трудового законодавства.

Вказано, що значна частина правових відносин у сфері охорони здоров'я врегульована нормами кримінального та адміністративно-деліктного права. Відокремлення таких правовідносин обумовлюється тим, що вони пов'язані із вчиненням протиправних діянь у сфері охорони здоров'я.

4. Констатовано, що існуючі в науковій літературі класифікації адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я не є вичерпними, внаслідок чого запропоновано поділ таких правовідносин залежно від напрямку їх розвитку на внутрішньоорганізаційні та зовнішні.

Сформульовано визначення внутрішньоорганізаційних адміністративно-правових відносини у сфері охорони здоров'я та запропоновано їх особливості.

Вказано, що зовнішні адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я виникають з приводу управлінських дій, спрямованих на організацію роботи цієї сфери. Вони безпосередньо не стосуються організації процесів у межах певної сфери, оскільки відбивають сутність управління ззовні, забезпечуючи такі умови, які опосередковано можуть позитивно позначитися на розвитку тієї чи іншої сфери. За своєю юридичною природою вони є абсолютними та стосуються найсуттєвіших питань організації функціонування, зокрема таких як засади, напрями роботи, пріоритети, загальне фінансування. Виокремлено низку особливостей, якими характеризуються зовнішні адміністративно-правові відносини.

5. Сучасний стан адміністративно-правового регулювання відносини у сфері охорони здоров'я в Україні» його охарактеризовано як недосконалий, через такі обставини: неможливість забезпечення стійкої дії адміністративно-правових норм через приймання значної кількості підзаконних регулятивних актів, спрямованих на забезпечення впровадження реформи; відсутність кореспондування актів вищої та нижчої юридичної сили між собою, що ускладнює правозастосування; відсутність належного нормативно-правового забезпечення у перехідний період реформування, коли окремі чинні акти фактично не діють, а положення нових ще не набрали чинності.

Вказано, що наявність значної кількості правових положень не означає повноту і всебічність врегулювання всіх складових, якими вирізняється сфера охорони здоров'я, не вирішує питання нормативного врегулювання її функціонування та вирішення актуальних завдань, пов'язаних із наданням медичної допомоги та обслуговуванням на якісно-новому рівні. Доцільним вбачається прийняття Медичного кодексу України, що обумовлено тенденцією трансформації медичного права у самостійну правову галузь.

РОЗДІЛ 2

СТРУКТУРА АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИХ ВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Поняття структури адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні та загальна характеристика їх елементного складу

Правовідносини у сфері охорони здоров'я є суспільними відносинами щодо отримання медичних послуг, здійснення прав та обов'язків медичних працівників, формування організації державного управління, організації охорони здоров'я, діяльності медичних юридичних осіб тощо. Правова природа правовідносин у сфері охорони здоров'я є недостатньо розкритим питанням, а тому визначення характеристики медичних правовідносин є однією із науково-практичних проблем сучасної юридичної науки. Такий стан пов'язаний з тим, що медичне право характеризують як комплексну галузь права, яка охоплює систему норм як приватного, так і публічного права, що спрямовуються на регулювання правовідносин у сфері медичної діяльності. В системі медичного права можна виокремити як приватні (цивільні, трудові), так і публічні (адміністративні, кримінальні) правовідносини. При цьому адміністративні правовідносини виступають насамперед організаційними відносинами у сфері охорони здоров'я, хоча варто виокремлювати й адміністративні деліктні та інші правовідносини у цій сфері. Сучасні медичні правовідносини потребують свого вдосконалення, зокрема, у сфері управління охорони здоров'я необхідно створювати органи, що не лише організують систему охорони здоров'я, а й розглядають питання медичної етики, зокрема про це вказує Дж. Міола при дослідженні медичного права та медичної етики [558]. Для виявлення особливостей адміністративних правовідносин у сфері охорони здоров'я,

шляхів їх удосконалення необхідно виявити та охарактеризувати склад цих правовідносин та розглянути кожний окремий їх елемент.

Будь-які правовідносини тлумачаться через їх понять теорії права. Правовідносини – це складне системно-структурне утворення [303, с. 26]. Кожен вид правовідносин, зокрема адміністративні, мають власну особливість, але їх структурні елементи тотожні. Найбільш поширеною думкою в теорії права щодо структури правовідносин є позиція Р. О. Халфіної, яка зазначає, що в структурі правовідносин виокремлюють такі елементи: учасники правовідносин; права та обов'язки учасників, реальна поведінка учасників; об'єкт правовідносин [527, с. 211]. Хоча більшість науковців дотримуються саме цієї позиції, існують й інші погляди. Так, деякі вчені зазначають, що склад правовідносин – це юридична конструкція, яка складається із сукупності елементів, необхідних для їх виникнення: об'єкт, суб'єкт, юридичний зміст (права і обов'язки суб'єктів), юридичний факт [504, с. 232]. Інші – взаємопов'язаними складовими елементами адміністративних відносин вважають суб'єкт, об'єкт і юридичний факт [15, с. 57]. З останніми положеннями щодо віднесення до складу правовідносин юридичного факту складно погодитися. Такий висновок випливає з того, що юридичні факти є фактичними обставинами життя, які передбачені нормами права та призводять до виникнення, зміни чи припинення правовідносин [4, с. 113]. Вони поділяються на дії та події. Залежно від їх складу виникають, припиняються відповідні правовідносини, тобто факти впливають на стан правовідносин (на динаміку/статичність), їх зміст. Юридичні факти адміністративно-правових відносин можуть бути такими: юридичні факти, які є передумовою виникнення прав та обов'язків у сфері охорони здоров'я, юридичний факт – звернення для отримання медичної послуги тощо. Вони є елементом механізму правового регулювання правовідносин та обумовлюють виникнення, зміну і припинення правовідносин. Їх функція – створювати умови для виникнення нових правовідносин або змінювати їх зміст. Тому вони не можуть бути структурним елементом правовідносин. Безумовно, юридичні факти можуть впливати на

зміст правовідносин, але не можуть входити до їх внутрішнього складу. Ураховуючи наведене, варто відносити до складу адміністративних правовідносин: суб'єкт, об'єкт та зміст правовідносин. Ці елементи структури мають специфіку щодо адміністративних правовідносин, оскільки вони є самостійними правовідносинами за галузевою належністю.

Адміністративні правовідносини – це врегульовані адміністративно-правовими нормами суспільні відносини у сфері державного управління, в яких їх сторони виступають як носії взаємних прав та обов'язків, встановлених і гарантованих відповідними нормами адміністративного права [127, с. 54]. Вони, маючи ознаки, притаманні всім правовідносинам, разом із тим відрізняються від них принциповими особливостями, що відображають специфіку виконавчо-розпорядчої діяльності [21, с. 33]. Варто звернути увагу, що особливість складу адміністративних правовідносин полягає у складі суб'єктів, пов'язаних з публічним управлінням, а також змісті цих правовідносин у вигляді прав та обов'язків, що виникають при реалізації державної політики управління у конкретно визначеній сфері.

Структура адміністративних правовідносин у сфері охорони здоров'я обумовлена особливостями медичної сфери. В основі цих відносин є публічний інтерес (охорона саме громадського, а не індивідуального здоров'я), і вони регулюються нормами переважно публічного, зокрема адміністративного, права [66, с. 106]. Наявність публічного інтересу з охорони здоров'я значно відрізняє ці правовідносини від інших.

Інтерес – це об'єктивно-суб'єктивна категорія, що виражає спрямованість суспільства, держави, особи на предмети та об'єкти, здатні задовольнити певну потребу [128, с. 7]. У рішенні Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 50 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення окремих положень ч.1 ст.4 ЦПК України (справа про охоронюваний законом інтерес) від 1 грудня 2004 року № 18-рп/2004 закріплено поняття інтересу «як прагнення до користування конкретним матеріальним та/або нематеріальним благом, як зумовлений загальним змістом

об'єктивного і прямо не опосередкований у суб'єктивному праві простий легітимний дозвіл, що є самостійним об'єктом судового захисту та інших засобів правової охорони з метою задоволення індивідуальних і колективних потреб, які не суперечать Конституції і законам України, суспільним інтересам, справедливості, добросовісності, розумності та іншим загальноправовим засадам» [446]. У рішенні Європейського суду з прав людини (далі – ЄСПЛ) у справі «Трегубенко проти України» зазначено, що правильне застосування законодавства беззаперечно становить «суспільний інтерес» [441]. Велика Палата Верховного Суду щодо публічного інтересу вважає, що «за загальним визначенням «публічним інтересом» є важливі для значної кількості фізичних і юридичних осіб потреби, які відповідно до законодавчо встановленої компетенції забезпечуються суб'єктами публічної адміністрації. Тобто публічний інтерес є не чим іншим, як певною сукупністю приватних інтересів» [300]. З цього випливає, що публічний інтерес обов'язково проявляється в адміністративних правовідносинах з охорони здоров'я, оскільки охорона здоров'я приватних осіб об'єднується в єдиний інтерес. Тому можна визначити, що публічний інтерес в адміністративно-правових відносинах у сфері охорони здоров'я – це задоволення потреб суспільства в охороні здоров'я, зокрема шляхом створення спеціалізованих органів виконавчої влади, формування відповідної державної політики [161, с. 65–68].

З-поміж комплексу відносин у сфері охорони здоров'я вирізняється група медичних відносин, що безпосередньо пов'язані з впливом медичних засобів на фізичне і психічне здоров'я людини, здійснюваним медичними працівниками. Медичні відносини охоплюють усі відносини у сфері «медичний працівник – пацієнт» [499, с. 35]. Цивільні правовідносини у сфері охорони здоров'я є відносини з надання медичної допомоги та пов'язані з ними відносини [231, с. 5]. Адміністративні правовідносини у сфері охорони здоров'я – це відносини щодо формування державної політики охорони здоров'я. Вони відрізняються від цивільних правовідносин, що виникають у медичній галузі тим, що в них проявляється публічний інтерес та вони спрямовані на розбудову

організаційно-управлінських відносин у сфері охорони здоров'я. Реалізація публічного інтересу відбувається при обов'язковій участі суб'єкта, наділеного владними повноваженнями.

Державна політика у сфері охорони здоров'я визначається Конституцією України та Законом № 2801-ХІІ, зокрема, у ч. 1 ст. 3, ст. 49 Конституції України [196], у преамбулі Закону № 2801-ХІІ закріплені головні засади правовідносин у сфері охорони здоров'я [270]. Зміст наведених норм вказує на існування публічних інтересів у сфері охорони здоров'я, зокрема: охорона здоров'я кожної людини, створення умов для доступу до медичного обслуговування тощо.

Наведене вказує, що у правовідносинах із охорони здоров'я присутній інтерес як окремої людини, так і держави та суспільства. Усі ці суб'єкти мають взаємні права та обов'язки, спрямовані на пріоритетність політики охорони здоров'я у державі. Такий підхід враховується не лише у сфері медичних приватних правовідносин, а й у сфері адміністративних правовідносин, зокрема, сучасна розбудова державних органів у сфері охорони здоров'я обов'язково повинна враховувати думку не лише суспільства, держави, а й громадськості та окремої людини. Врахування інтересу людини в адміністративних відносинах свідчить про стан демократії у державі, розбудову правової держави, в якій людина, її здоров'я є найвищою соціальною цінністю. Наприклад, у закладах охорони здоров'я може створюватися опікунська рада, що є громадським консультативно-дорадчим органом, створеним з метою сприяння діяльності закладу охорони здоров'я і поліпшення його матеріально-технічної бази, покращення якості та доступності медичних послуг населенню України, реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я (п. 1 Загальних положень Примірного положення про опікунську раду при закладі охорони здоров'я) [307].

Крім виконавчо-розпорядчої діяльності, у цих правовідносинах проявляється загальний обов'язок суспільства та держави щодо охорони здоров'я, що вказує на наявність публічного та приватного інтересу в

адміністративних правовідносинах з охорони здоров'я. Взаємність інтересів, наявність публічних та приватних суб'єктів обумовлює особливість побудови взаємних прав та обов'язків у змісті цих правовідносин. Тому можна стверджувати, що структуру адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я складають суб'єкт, об'єкт, зміст. Кожен із цих елементів має власну специфіку, яка обумовлена сферою реалізації правовідносин.

З наведеного можна зробити висновок, що структура адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – це внутрішній склад правовідносин, що охоплює суб'єкт, об'єкт, зміст правовідносин з приводу функціонування системи охорони здоров'я у державі. Між кожним із елементів структури цих правовідносин є логіко-правові зв'язки, що дають можливість підтримувати конструкцію правовідносин та спрямовані на їх цілісне розуміння. Структурні елементи адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я мають єдине спрямування щодо організації та управління охороною здоров'я, що визначається державною політикою. Державна політика України у сфері охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я населення України як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, профілактичних та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахуванням вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому [92, с. 27]. В елементах структури адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я проявляється саме ця діяльність. Цим вони відрізняються від структурних елементів правовідносин лікар – пацієнт [565], що побудовані на логіко-правовому зв'язку задоволення приватного інтересу пацієнта у сфері індивідуальної охорони здоров'я. Тому адміністративні правовідносини за своїм складом є

більш складними та широкими. Розглянемо це на прикладі окремих елементів структури адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.

Обов'язковим елементом структури будь-яких правовідносин є суб'єкт. За відсутності суб'єкта будь-які правовідносини втрачають своє призначення та зміст. Крім того, залежно від правового статусу суб'єкта, суб'єктного складу правовідносин можна стверджувати про різновиди правовідносин у відповідній сфері. Слід підкреслити, що особливість адміністративних правовідносин проявляється саме у суб'єктному складі, оскільки в них обов'язково бере участь суб'єкт, наділений владними повноваженнями. Адміністративні правовідносини останнім часом отримали трансформацію, що обумовлена проведенням медичної реформи та прийняттям Законів України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [312], «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [408] тощо. Зміна адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я призвела до розширення кола суб'єктів цих правовідносин, а відповідно і їх змісту.

При дослідженні суб'єкта правовідносин доцільно визначити співвідношення понять «суб'єкт права» та «суб'єкт правовідносин». Суб'єкти права – це особи, які мають правосуб'єктність, завдяки чому можуть бути носіями прав та обов'язків, що обумовлює їх участь у правовідносинах [121, с. 192]. С. С. Алексєєв визначав дві ознаки суб'єкта правовідносин: 1) це особа, учасник суспільних відносин (індивіди, організації), яка за своїми властивостями фактично може бути носієм суб'єктивних юридичних прав та обов'язків; 2) це особа, яка реально здатна брати участь у правовідносинах та набула властивості суб'єкта права в силу юридичних норм [19, с. 138]. Тобто суб'єкт права має юридичну можливість вступати у правовідносини. Можливість вступу у правовідносини обумовлена наявністю у суб'єкта правосуб'єктності. В юридичній літературі обговорюються різні аспекти понять «суб'єкт права» та «правосуб'єктність». Існують достатні підстави

стверджувати таке: в теорії права та в чинному законодавстві суб'єкт права визначається формально, тобто юридично, а саме: через наявність у нього правосуб'єктності, зокрема, в теорії права правосуб'єктність визначається як здатність особи бути суб'єктом права, мати права і обов'язки, брати участь у правовідносинах [435, с. 60]. Отже, суб'єкт права – це особа, яка має правосуб'єктність та може бути учасником правовідносин. Ця особа перебуває у статичному стані, тобто вона ще не стала суб'єктом конкретних правовідносин та носієм прав, обов'язків, які існують у складі відповідного правовідношення. При цьому можливість стати учасником правовідносин в особи є. На відміну від суб'єкта права, суб'єкт правовідносин є динамічним утворенням, оскільки він уже є їх учасником, тобто особою, що спрямувала волю на виникнення та/або прийняття участі у конкретних правовідносинах. Крім того, суб'єкт права є більш ширшою категорією, ніж суб'єкт правовідносин.

Аналізуючи суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, пропонуємо використовувати термін «суб'єкт правовідносин», оскільки підтримуємо думку тих науковців, які стверджують, що суб'єкт права може не бути суб'єктом правовідносин [440, с. 63]. Тому при дослідженні структурних елементів адміністративно-правового правовідношення буде використовуватися поняття суб'єкта правовідносин.

Особливість суб'єктів адміністративно-правових правовідносин полягає в тому, що адміністративне право наділяє правосуб'єктністю (адміністративною правоздатністю, дієздатністю та деліктоздатністю) широке коло учасників таких правовідносин, оскільки норми адміністративного права врегульовують досить широке коло суспільних відносин, зокрема, що виникають у процесі державного управління [217, с. 63]. Будь-який суб'єкт адміністративно-правових відносин наділений правосуб'єктністю, тобто можливістю бути носієм прав та обов'язків. Набувати права та виконувати обов'язки суб'єкт може за наявності дієздатності. Дієздатний суб'єкт адміністративного права користується усім спектром можливостей, тому поняття «адміністративна

дієздатність суб'єктів адміністративного права» має застосовуватись максимально широко [133, с. 37]. Розглядаючи дієздатність суб'єктів адміністративно-правових відносин, необхідно враховувати сферу їх діяльності, організаційну форму. Це стосується і суб'єктів адміністративних правовідносин у сфері охорони здоров'я. Крім дієздатності, суб'єкти адміністративних правовідносин мають і деліктоздатність. Найбільш поширеною позицією в юридичній науці щодо деліктоздатності є її розуміння як можливості особи нести самостійну юридичну відповідальність за вчинені нею правопорушення (делікти) [20, с. 80]. Можливість нести самостійну юридичну відповідальність цілком поширюється і на суб'єктів адміністративних правовідносин, зокрема, у сфері охорони здоров'я. Отже, суб'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – це особа, яка має правосуб'єктність для участі в організаційно-управлінських відносинах з охорони здоров'я з метою реалізації публічного інтересу.

Систему суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я складають: Кабінет Міністрів України; центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я (МОЗ України); НСЗУ; Держлікслужба, заклади охорони здоров'я; спостережна та опікунська рада закладу охорону здоров'я; державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи; громадяни тощо.

Систему суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні можна поділити на дві групи: суб'єкти, які наділені владними повноваженнями, та суб'єкти, які не наділені владними повноваженнями у цій сфері. Кожен із цих суб'єктів має дієздатність та деліктоздатність, які виникають з моменту набуття ними відповідного адміністративно-правового статусу. Наявність адміністративно-правового статусу у суб'єктів цих правовідносин передбачає здійснення їх прав та обов'язків у напрямі задоволення публічного інтересу з охорони здоров'я у державі. Це відрізняє їх від суб'єктів медичних правовідносин, побудованих на засадах приватного права. Якщо аналізувати медичні правовідносини з точки

зору приватного права, то суб'єктами медичних правовідносин є сторони, між якими вони виникають: медичний персонал, пацієнти та підрозділи забезпечення [436, с. 34]. Ці суб'єкти спрямовують свою діяльність на надання та отримання медичної послуги, тобто суб'єктний склад цих правовідносин значно звужено виключно проблемою охорони здоров'я конкретно визначеної фізичної особи – пацієнта. Тому категорія «суб'єкти адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я», які реалізують державну політику з охорони здоров'я та не обмежуються інтересами конкретного пацієнта, є більш широкою, ніж категорія «суб'єкти приватних медичних правовідносин». У зв'язку з цим можна запропонувати таку характеристику суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я: 1) обов'язкова участь суб'єкта владних повноважень у сфері охорони здоров'я; 2) спрямованість дій суб'єкта на реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я; 3) набуття правосуб'єктності з моменту виникнення відповідного адміністративно-правового статусу у сфері охорони здоров'я; 4) наявність у суб'єкта публічного інтересу з охорони здоров'я у державі.

Наступним структурним елементом адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я є об'єкт правовідносин. У теорії права визначено, що об'єкт правовідносин – це матеріальне або нематеріальне благо, для одержання, передавання або використання якого суб'єкти вступають у правовідносини [504, с. 237]. На думку О. Є. Аврамової, об'єкт правовідносин – це благо, яке перебуває в активному стані у зв'язку з включенням його до складу правовідношення. Стосовно нього розвиваються суб'єктивні права та юридичні обов'язки, викликані формуванням певного правовідношення [3, с. 104].

Ю. О. Двойнічніков вказує на особливість об'єкта правовідносин у зв'язку з динамікою правовідносин, зокрема, при зміні правового режиму об'єкта змінюються і правовідносини [83, с. 33]. Отже, об'єкт є певним благом, що має правовий режим залежно від спрямованості правовідносин. У цьому полягає залежність правового режиму об'єкта правовідносин та сфери реалізації правовідношення. Наприклад, правовідношення у сфері охорони здоров'я

реалізується у сфері охорони здоров'я, тому і об'єкт буде пов'язаний з цією сферою, якщо об'єкт змінює свій правовий режим, зокрема на сферу охорони інтелектуальної власності на медичний винахід, то зміниться і сфера реалізації правовідносин. Тому важливим є питання розуміння об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері управління охорони здоров'я.

Об'єктом правовідносин є матеріальні або нематеріальні блага задля одержання, передачі або використання яких виникають права і обов'язки учасників правовідносин [123, 114, с. 343]. Під об'єктом адміністративних правовідносин слід розуміти те, на що спрямована поведінка його учасників, детермінована їх інтересами в рамках належних їм суб'єктивних прав і обов'язків [224, с. 168]. Отже, до об'єктів адміністративно правовідносин слід відносити: речі, матеріальні цінності, інформацію, результати дій чи бездіяльності суб'єктів правовідносин, послуги тощо. Кожен із цих об'єктів має функціональне призначення та спрямований на задоволення інтересів суб'єктів. Суб'єкти спрямовують свою діяльність на досягнення позитивного ефекту, що полягає в отриманні конкретно визначеного об'єкта залежно від конкретного правовідношення. Правовідносини у сфері охорони здоров'я мають власний об'єкт. При цьому об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері управління охорони здоров'я суттєво відрізняється від медичних цивільних правовідносин. Розглянемо це питання докладніше.

В. О. Савченко зазначає, що медичні послуги є «окремим об'єктом цивільних правовідносин, у зв'язку з чим їх треба відмежовувати від медичних робіт та інших об'єктів цивільних правовідносин. Зокрема, підставою для розмежування медичних послуг та робіт слід визнати мету правовідносин, що виникають, та форму вираження їх результату. Під медичними роботами пропонується розуміти дії закладу охорони здоров'я, лікаря приватної практики або іншої особи, яка отримала відповідний дозвіл, з виготовлення та ремонту протезів, імплантатів та інших медичних приладів» [451, с. 5]. Варто звернути увагу, що у цивільному праві об'єкт медичних правовідносин – це надання медичних послуг. Крім того, виокремлюють медичні роботи, винахідництво у

медичній та фармацевтичній діяльності. В конституційному праві об'єктом правовідносин у цій сфері є: 1) охорона здоров'я як діяльність, що забезпечується державою (ст. 49 Конституції України); 2) здоров'я окремої людини як самостійне благо (ст.ст. 3, 27 Конституції України). Отже, об'єкти конституційних і медичних правовідносин у сфері охорони здоров'я є різними, хоча вони природно пов'язані один з одним. Окремо можна визначити об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. Відомо, що адміністративні правовідносини побудовані на імперативному методі, мають у своїй структурі уповноваженого суб'єкта та реалізуються у сфері державного управління. Тобто об'єктом адміністративних правовідносин може бути благо, на яке спрямовані управлінські правовідносини. Виходячи з такого розуміння, виокремимо об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.

У частині 2 преамбули Закону № 2801-ХІІ визначено, що: «Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості» [270]. З наведеного тексту випливає, що суспільні відносини виникають у сфері охорони здоров'я, а отже, їх об'єктом є охорона здоров'я. В абзаці 8 ст. 3 цього Закону визначено поняття охорони здоров'я як системи заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [270]. Отже, охорона здоров'я як

об'єкт є системою заходів різних суб'єктів з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя, тобто це діяльність щодо організації управління та заходів щодо підтримання здоров'я, життя людини, створення безпечних умов проживання, надання медичних послуг тощо. У теорії права об'єкт правовідносин іноді розглядають як певну діяльність. Так, під об'єктом правовідносин розуміють матеріальне або нематеріальне благо задля одержання, передавання або використання якого суб'єкти вступають у правовідносини. Залежно від специфіки блага виділяють різні об'єкти, зокрема, об'єкти – результати дій, робіт, вони надаються у сферах управління, соціальні та адміністративні послуги [504, с. 237, 238]. Таким чином, в адміністративних правовідносинах об'єктом правовідносин виступає управлінська діяльність, яка залежно від галузі управління враховує специфіку організації органів управління, реалізацію їх функціональних повноважень.

Особливість об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері управління охорони здоров'я обумовлена як сферою реалізації повноважень, так і наявністю публічного інтересу, що реалізується при здійсненні управління. Можна визначити об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я як результат управління у вигляді отримання позитивного ефекту внаслідок реалізації публічного інтересу щодо охорони здоров'я у державі у формі діяльності суб'єктів у сфері охорони здоров'я. Характерними рисами цього об'єкта є такі: 1) відповідна сфера існування – охорона здоров'я; 2) реалізація публічного інтересу з охорони здоров'я у державі; 3) виникнення внаслідок здійснення повноважень суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.

Наступним елементом складу адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я є зміст правовідносин. Юридичний зміст правовідносин представлений суб'єктивними правами та юридичними обов'язками учасників правових відносин. У кожному правовідношенні суб'єктивному праву одного

учасника відповідає юридичний обов'язок іншого [204, с. 432]. Наявність у складі правовідносин суб'єктивних прав та юридичних обов'язків вказує на існування динаміки логіко-правових зав'язків, що виникають між об'єктом та суб'єктом правовідносин. Ці структурні елементи надають можливість отримати результат від реалізації правовідносин. Вони є необхідним елементом правовідносин. Як уже зазначалося, не всі дослідники відносять зміст до структурного елемента правовідносин, замінюючи його юридичними фактами. Утім відсутність цього структурного елемента у складі правовідносин унеможлиблює динаміку реалізації будь-якого правовідношення. У зв'язку з цим, наголосимо на необхідності виокремлення змісту у структурі правовідносин загалом та адміністративно-правових відносин зокрема.

Зміст адміністративних правовідносин – це суб'єктивні права та обов'язки суб'єктів. У змісті адміністративних правовідносин виявляється імперативний метод правового регулювання адміністративного права. Галузь адміністративного права використовує імперативний метод регулювання, головною рисою якого є домінування припису над прийомами дозволу й заборони [80, с. 26]. Щодо цього існує й інша думка. Так, В. В. Богуцький зазначає, що адміністративно-правові відносини є різновидом правових відносин, у яких обов'язки і права мають взаємний характер; одна зі сторін вправі вимагати від другої сторони поведінки, передбаченої адміністративно-правовими нормами [15, с. 57]. З наведеною позицією можна погодитися лише частково, оскільки в адміністративних правовідносинах, незважаючи на постійне розширення демократичних засад і гласності, домінуючими правовідносинами є відносини влади-підпорядкування. Як справедливо підкреслював О. М. Якуба, в адміністративних правовідносинах одна зі сторін наділена правом вимагати від іншої сторони в процесі виконавчої та розпорядчої діяльності дотримання поведінки, вказаної в адміністративно-правовій нормі [553, с. 53]. Близькою є думка В. Б. Авер'янова, що адміністративні правовідносини мають публічно-владний характер [8, с. 179]. Наявність публічно-владного характеру адміністративних правовідносин вказує

на існування можливості вимагати певної дії, визначеної адміністративним законодавством, від вказаного у законі суб'єкта. Вимога та підпорядкування входять у зміст правовідносин у вигляді відповідних можливостей суб'єкта. Крім того, зміст адміністративних правовідносин чітко регламентований з боку адміністративного законодавства. Це надає можливість діяти уповноваженому суб'єкту в чітко визначених межах.

При існуванні такої моделі правовідносин практично завжди передбачається наявність у правовідносинах уповноваженого суб'єкта, наділеного владними повноваженнями, та суб'єкта підпорядкування. Крім того, додатково у системі управління охороною здоров'я, в процесі реалізації медичної реформи, набувають актуальності контроль і нагляд з боку громадськості, медичної спільноти. Тому визначати ці правовідносини як взаємні важко, хоча можна визнавати існування як горизонтальних, так і вертикальних адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. У вертикалі побудови правовідносин полягає особливість адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. Крім того, вони обов'язково включають обов'язок – підпорядкування владному суб'єкту, зокрема, органу державної влади або адміністрації медичної установи.

Наявність цієї характеристики змісту адміністративно-правових відносин відрізняє їх від цивільних медичних правовідносин, що побудовані на диспозитивному методі та практично виключають відносини підпорядкування. При цьому в суб'єктів медичних правовідносин виникають взаємні права та обов'язки. Тому будь-який учасник таких правовідносин має право вимагати певної дії від іншої особи. Вказане можна виявити, проаналізувавши розподіл прав і обов'язків між лікарем та пацієнтом, що виникають із договору про надання медичних послуг. Так пацієнт має право вимагати надання якісних медичних послуг, а лікар – оплати наданих ним послуг. Наведене є прикладом цивільних медичних правовідносин, який свідчить про розподіл суб'єктивних прав та обов'язків. Зовсім по-іншому можна розглядати зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. Якщо у правовідносини вступає

суб'єкт, який наділений владними повноваженнями, то він є уповноваженою особою та має право вимагати виконання дій щодо реалізації публічного інтересу з охорони здоров'я у державі.

У частині 2 преамбули Закону № 2801-XII дуже стисло визначено зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, зокрема, суб'єкти наділені правами та обов'язками щодо забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що негативно впливають на їх здоров'я тощо [270]. Такий зміст значно відрізняється від змісту цивільних правовідносин, що спрямовуються на задоволення майнових та немайнових прав у сфері медичних послуг. Отже, зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я є більш складним та широким.

Зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я вказує на можливості та обов'язки суб'єктів цих правовідносин щодо реалізації публічного інтересу з охорони здоров'я у державі. Склад змісту цих правовідносин передбачає таке: 1) діяльність суб'єктів визначається у межах адміністративної правосуб'єктності у сфері охорони здоров'я; 2) суб'єкти можуть діяти або утримуватися від дій виключно у спосіб, передбачений адміністративно-правовими нормами; 3) уповноважена особа, яка наділена владними повноваженнями, завжди має право вимагати від зобов'язальної особи певної дії; 4) можливість захисту порушених прав та обов'язків в адміністративному порядку. Звернемо увагу, що за відсутності адміністративної правосуб'єктності суб'єкт не має права вступати в адміністративні правовідносини, оскільки наявність дієздатності у суб'єкта вказує на його реальну можливість здійснювати власними діями суб'єктивні права та нести юридичні обов'язки. Суб'єкти можуть діяти виключно у спосіб, визначений в адміністративно-правовій нормі. Така вимога вказує на звуження у суб'єктів вольового елемента. Для адміністративних правовідносин наведений стан є цілком логічним, оскільки воля суб'єкта на дії виникає не з бажання або індивідуального інтересу, а з відповідних повноважень та обов'язків, що

встановлені законом. Особа, яка наділена владними повноваженнями, у межах адміністративних правовідносин може вимагати від підпорядкованої особи виконати або утриматися від певних дій, а остання зобов'язана їй підпорядкуватися. Обов'язок підпорядкування також закріплено у законі, а невиконання певної вимоги може розцінюватися як правопорушення. Незважаючи на певні елементи підпорядкування в адміністративних правовідносинах, в їх змісті завжди закладена можливість захисту суб'єктивних прав. Це є необхідною умовою, що вказує на прояв охоронної функції адміністративного права.

Підсумовуючи, можна визначити, що зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – це система суб'єктивних прав та юридичних обов'язків суб'єктів, що мають правосуб'єктність у сфері охорони здоров'я та реалізують публічний інтерес з охорони здоров'я [151, с. 117].

На підставі проведеного дослідження у цьому підрозділі можна зробити такі висновки. Структура адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – це внутрішній склад правовідносин, що охоплює суб'єкт, об'єкт, зміст правовідносин з приводу організації управління охорони здоров'я у державі. Між кожним із елементів структури цих правовідносин є логіко-правові зв'язки, що дають можливість підтримувати конструкцію правовідносин та спрямовані на їх цілісне розуміння. В елементах структури адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я проявляється діяльність з організації управління охороною здоров'я у державі. Саме цим вони відрізняються від структурних елементів правовідносин лікар-пацієнт, що побудовані на логіко-правовому зв'язку задоволення приватного інтересу пацієнта у сфері індивідуальної охорони здоров'я. При цьому організація охорони здоров'я охоплює і захист права кожної людини на охорону здоров'я.

Визначено, що в структурі адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я проявляється як публічний (задоволення потреб суспільства в охороні здоров'я, зокрема, шляхом створення спеціалізованих органів виконавчої влади, формування відповідної державної політики), так і

приватний (охорона здоров'я окремої людини) інтерес. Вказані інтереси, а також наявність публічних і приватних суб'єктів обумовлює особливість побудови взаємних прав та обов'язків у змісті адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.

Суб'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – це особа, яка має правосуб'єктність для участі в організаційно-управлінських відносинах з охорони здоров'я з метою реалізації публічного інтересу.

Для суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я характерна: 1) обов'язкова участь суб'єкта владних повноважень у сфері охорони здоров'я; 2) спрямованість дій суб'єкта на реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я; 3) набуття правосуб'єктності з моменту виникнення відповідного адміністративно-правового статусу у сфері охорони здоров'я; 4) наявність у суб'єкта публічного інтересу з охорони здоров'я у державі.

Об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – це результат управління у вигляді отримання позитивного ефекту внаслідок реалізації публічного інтересу щодо охорони здоров'я у державі у формі діяльності суб'єктів у сфері охорони здоров'я. Для нього характерні: 1) відповідна сфера існування – охорона здоров'я; 2) реалізація публічного інтересу з охорони здоров'я у державі; 3) виникнення внаслідок здійснення повноважень суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.

Зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – це система суб'єктивних прав і юридичних обов'язків суб'єктів, що мають правосуб'єктність у сфері охорони здоров'я та реалізують публічний інтерес з охорони здоров'я. Цей зміст має таку характеристику: 1) діяльність суб'єктів визначається у межах адміністративної правосуб'єктності у сфері охорони здоров'я; 2) суб'єкти можуть діяти або утримуватися від дій виключно у спосіб, передбачений адміністративно-правовими нормами; 3) уповноважена особа, яка наділена владними повноваженнями, завжди має право вимагати від

зобов'язальної особи певної дії; 4) можливість захисту порушених прав та обов'язків в адміністративному порядку.

2.2. Система суб'єктів, які наділені владними повноваженнями з питань охорони здоров'я, та особливості їх адміністративно-правового статусу

2.2.1. Держава та уповноважені нею органи як суб'єкти адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я

Охорона здоров'я є відкритою системою, діяльність якої залежить не лише від внутрішніх факторів, але й більшою мірою від зовнішніх чинників. Існує тісний зв'язок між соціально-економічними процесами в суспільстві та системою охорони здоров'я [448, с. 24]. Тому особливу роль у системі суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я відводиться саме державі, яка здатна поєднати регулювання декількох напрямків політики, що мають вплив на охорону здоров'я. В адміністративно-правових відносинах держава виступає уповноваженою особою, яка наділена владою та спрямовує свою діяльність на стабільний розвиток суспільства. Виконання зовнішніх та внутрішніх функцій реалізується за допомогою державного управління. Державне управління – це матеріалізоване виявлення державної влади; це – соціальна функція держави, що спрямована на досягнення поставлених загальносуспільних цілей та завдань [92, с. 16]. Здійснення державного управління відбувається через систему державних органів, створених державою, для досягнення публічного інтересу у відповідній сфері. До внутрішніх функцій держави слід віднести і сферу охорони здоров'я, яка забезпечує безпечний та сталий розвиток суспільства.

Обов'язковою стороною адміністративних правовідносин є офіційний суб'єкт з державно-владними повноваженнями [526, с. 236]. Наявність органу

державної влади в адміністративно-правових відносинах з охорони здоров'я є одним із елементів механізму правового регулювання цієї сфери у державі.

Система державних органів у сфері охорони здоров'я визначена у Законі № 2801-ХІІ. Зокрема, у ст. 13, 14 Закону визначено суб'єктів правовідносин щодо формування державної політики охорони здоров'я та реалізації державної політики охорони здоров'я [270]. Ці напрями державної політики є різними. Формування державної політики охорони здоров'я передбачає діяльність державних органів щодо встановлення основ державної політики, визначення стандартів охорони здоров'я, розробки нормативних актів. Реалізація державної політики охорони здоров'я – це діяльність щодо втілення у життя напрямів державної політики, тобто це здійснення певних заходів, робіт у напрямі охорони здоров'я. В. М. Князевич, Т. П. Авраменко вказують на певні недоліки державної політики охорони здоров'я, зокрема, відсутність ефективного контролю за дотриманням санітарних норм та умов життя [180, с. 171]. Наявність недоліків державної політики обумовлена відсутністю певних суб'єктів або їх повноважень у конкретно визначеній сфері.

Статтею 22 Закону № 2801-ХІІ передбачено, що «держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в сфері охорони здоров'я, вимог Державної Фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій» [270]. Контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я є самостійним напрямом діяльності у державі, тому доцільно виокремлювати і спеціальні органи, що можуть здійснювати таку діяльність.

Суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я у вигляді держави та її уповноважених органів залежно від напрямів державної політики доцільно поділяти на дві групи: 1) суб'єкти адміністративно-правових відносин, що формують державну політику у сфері охорони здоров'я;

2) суб'єкти адміністративно-правових відносин, що реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я; 3) суб'єкти адміністративно-правових відносин, що здійснюють контроль і нагляд у цій сфері. Розглянемо їх адміністративно-правовий статус.

У ст. 13 Закону № 2801-XII визначені суб'єкти, що формують державну політику у сфері охорони здоров'я: Верховна Рада України, Верховна Рада Автономної Республіки Крим, органи місцевого самоврядування [270]. Особливість цих суб'єктів в аспекті формування державної політики охорони здоров'я полягає в тому, що вони здійснюють законодавчу та установчу функцію. Законодавча функція цих органів полягає у прийнятті відповідних нормативних актів, зокрема, їх проектування, обговорення та прийняття відповідно до повноважень органу. Установча функція цих органів проявляється в тому, що вони можуть формувати відповідні державні органи, необхідні для підтримання охорони здоров'я у державі, їх фінансування, розробка регуляторів засад охорони здоров'я.

У статті 85 Конституції України встановлені такі повноваження Верховної Ради України, що можуть бути пов'язані із державною політикою у сфері охорони здоров'я: прийняття законів; затвердження Державного бюджету України; визначення засад внутрішньої і зовнішньої політики; затвердження загальнодержавних програм економічного, науково-технічного, соціального, національно-культурного розвитку, охорони довкілля; розгляд і прийняття рішення щодо схвалення Програми діяльності Кабінету Міністрів України; призначення за поданням Прем'єр-міністра України членів Кабінету Міністрів України, здійснення контролю за діяльністю Кабінету Міністрів України відповідно до Конституції та закону [196]. З наведеного випливає, що Верховна Рада України приймає закони, державні програми у сфері охорони здоров'я, визначає засади внутрішньої політики держави у сфері охорони здоров'я. Щодо установчих функцій, то до них належать такі повноваження: призначення за поданням Прем'єр-міністра України Міністра охорони здоров'я України та

здійснення контролю за діяльністю Кабінету Міністрів України, зокрема, у сфері державної політики з охорони здоров'я.

До установчої функції Верховної Ради України належить повноваження щодо створення комітетів згідно із Законом України «Про комітети Верховної Ради України». У ст. 5 Закону закріплено, що Верховна Рада України нового скликання затверджує кількість комітетів, їх назви та предмети відання [394]. Так, Верховна Рада України восьмого скликання в абз. 15 п. 1 постанови «Про перелік, кількісний склад і предмети відання комітетів Верховної Ради України восьмого скликання» утворила Комітет з питань охорони здоров'я [407]. У Додатку до Постанови Верховної Ради України від 4 грудня 2014 року № 22-VIII було визначено предметне відання комітетів Верховної Ради України восьмого скликання, зокрема, до відання Комітету з питань охорони здоров'я було віднесено: законодавство про охорону здоров'я, у тому числі про медичну допомогу, лікувальну діяльність, лікарські засоби, фармацію та фармацевтичну діяльність; державна політика у сфері боротьби із соціально небезпечними захворюваннями (СНІД, туберкульоз, наркоманія тощо); сучасні медичні технології та медичну техніку; добровільне медичне страхування; санаторно-курортне оздоровлення; охорону материнства та дитинства, репродуктивне здоров'я населення [407]. Для здійснення цих повноважень Комітет з питань охорони здоров'я створив власну структуру, до якої увійшли такі організаційні одиниці: Голова Комітету, Перший заступник голови Комітету, Заступники голови Комітету, Секретар Комітету, підкомітети у складі Комітету з питань охорони здоров'я (підкомітет з питань забезпечення євроасоціації; підкомітет з питань контролю реалізації медичної реформи; підкомітет з питань законодавчого забезпечення розвитку фармації, здійснення фармацевтичної діяльності, доступності ліків, виробництва та обігу виробів медичного призначення, розвитку сучасних медичних технологій; підкомітет з питань медичного страхування; підкомітет з питань медичної освіти та науки; підкомітет з питань боротьби з корупцією та кадрової політики в охороні здоров'я) [492].

Діяльність Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України спрямована на розробку проектів законодавчих актів у сфері охорони здоров'я, надання пропозицій щодо них профільним парламентським комітетам, участь у бюджетному процесі, проведення зустрічей, круглих столів щодо проблем охорони здоров'я; приймання рішення щодо підтримки фінансування окремих питань за напрямками боротьби із хворобами. Наприклад, у Звіті Комітету з питань охорони здоров'я за період роботи дев'ятої сесії Верховної Ради України восьмого скликання (вересень 2018 року – січень 2019 року) визначено, що опрацьовано та підготовлено до розгляду Верховною Радою України 13 законопроектів; опрацьовано 15 законопроектів, з підготовки яких Комітет не є головним, та надано пропозиції щодо них профільним парламентським комітетам; Комітетом було подано 19 пропозицій, спрямованих на збільшення фінансування охорони здоров'я до рекомендованого Всесвітньою організацією охорони здоров'я рівня – не менш ніж 5% ВВП, оскільки заплановані Урядом загальні видатки на охорону здоров'я за 2019 рік становили 3,1% у структурі ВВП з урахуванням витрат на Національну академію медичних наук України та відомчі заклади охорони здоров'я [132].

Підсумовуючи аналіз формування державної політики охорони здоров'я, що здійснює Верховна Рада України, можна стверджувати, що цей орган державної законодавчої влади здійснює законодавчу та установчу функцію у цій сфері. Можливість активно брати участь у реалізації державної політики охорони здоров'я обумовлена наявністю спеціального комітету Верховної Ради України – Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України, до відання якого віднесено розгляд, аналіз найбільш актуальних питань медицини та фармації у державі.

Крім Верховної Ради України, формування державної політики охорони здоров'я покладено і на Верховну Раду Автономної Республіки Крим. Відповідно до п. 9 ч. 1 ст. 9 Закону України «Про Верховну Раду Автономної Республіки Крим», Верховна Рада Автономної Республіки Крим здійснює

нормативне регулювання з питань санітарної і лікарняної служби [311]. У зв'язку з анексією Автономної Республіки Крим у 2014 р. цей орган тимчасово не здійснює повноваження щодо формування державної політики охорони здоров'я. Про це зазначено у Рекомендаціях парламентських слухань на тему: «Стратегія реінтеграції в Україну тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим та міста Севастополь: проблемні питання, шляхи, методи та способи», де вказано, що діями окупаційної влади фактично ліквідовано місцеве самоврядування [437]. При цьому слід враховувати, що юридично, за законодавством України, повноваження Верховної Ради Автономної Республіки Крим не припинялися, а тому при дослідженні будь-якого питання державної політики цей суб'єкт необхідно виокремлювати та визначати його повноваження.

Складовою частиною державної політики охорони здоров'я в Україні є політика органів місцевого самоврядування, зокрема, у вигляді місцевих, регіональних, комплексних та цільових програм, що формуються органами місцевого самоврядування та відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях (ч. 2 ст. 13 Закону № 2801-XII) [270]. У статті 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» визначені повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, зокрема, самоврядні повноваження щодо управління закладами охорони здоров'я, оздоровчими закладами, організація медичного обслуговування у закладах освіти, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм; до делегованих повноважень віднесено внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я [397]. Органи місцевого самоврядування не є основним суб'єктом у формуванні державної політики України. Вони лише здійснюють частину державної політики охорони здоров'я, зокрема, приймають місцеві програми у сфері охорони здоров'я та закладають у місцеві бюджети витрати на ці програми.

Крім органів державної влади у сфері охорони здоров'я, що здійснюють діяльність з формування державної політики в цьому напрямі, ст. 14 Закону № 2801-XII передбачає суб'єктів, що реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я. Це такі органи виконавчої влади: Кабінет Міністрів України, МОЗ України, інші центральні органи виконавчої влади, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, а також органи місцевого самоврядування реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством [270].

Аналізуючи правовий статус суб'єктів, що формують та реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я, слід звернути увагу, що вони чітко поділені за гілками влади: органи законодавчої влади формують цю політику, а органи виконавчої влади її реалізують. Це цілком відповідає теорії розподілу влади закладеної в багатьох новітніх конституціях, при цьому конкретні форми її реалізації досить різноманітні [516, с. 436]. Розподіл повноважень державної політики у сфері охорони здоров'я обумовлений владними повноваженнями та метою діяльності відповідних державних органів. Якщо, як було зазначено вище, Верховна Рада України здійснює законодавчу та установчу функцію, то одним із основних завдань Кабінету Міністрів України є забезпечення проведення бюджетної, фінансової, цінової, інвестиційної, у тому числі амортизаційної, податкової, структурно-галузевої політики; політики у сферах праці та зайнятості населення, соціального захисту, охорони здоров'я (п. 3 ч. 1 ст. 2 Закону України «Про Кабінет Міністрів України») [391].

Кабінет Міністрів України забезпечує проведення державної політики у сфері охорони здоров'я. Це центральний орган виконавчої влади, що має можливості поєднати різні напрями діяльності держави, зокрема забезпечення фінансування конкретної галузі шляхом реалізації фінансової, податкової політики. Основні повноваження Кабінету Міністрів України у сфері охорони здоров'я передбачені у п. 2 ст. 20 Закону України «Про Кабінет Міністрів України», відповідно до якого цей орган забезпечує проведення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя,

охорони материнства та дитинства, освіти, фізичної культури і доступність для громадян послуг медичних, освітніх та фізкультурно-оздоровчих закладів [391]. Варто підкреслити, що наведені повноваження є комплексними, оскільки охоплюють різні види діяльності та спрямовані на задоволення публічного інтересу з охорони здоров'я. Для здійснення цієї діяльності Кабінет Міністрів України розробляє конкретні пропозиції щодо фінансування цієї галузі. Так, у Державному бюджеті на 2019 рік на охорону здоров'я виділено 95,08 млрд. грн., що на 10% більше, ніж у 2018 році, на фінансування екстреної медичної допомоги через механізм субвенції передбачено 6 млрд грн. [255]. Крім того, у 2016 р. схвалена Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я [418], у 2017 р. Кабінет Міністрів України затвердив план заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року [339]. Таким чином, Кабінет Міністрів України схвалює фінансування системи охорони здоров'я, що надає можливість реалізовувати державні програми охорони здоров'я та здійснювати реформування цієї галузі.

У повноваженнях Кабінету Міністрів України закладена установча функція щодо створення, ліквідації центральних органів виконавчої влади, зокрема й у сфері охорони здоров'я. Наприклад, у 2014 р. прийнято постанову Кабінету Міністрів України «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» № 442, згідно з якою було ліквідовано Державну службу з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, поклавши її функції на МОЗ України. З 2015 р. на МОЗ України покладено функції із забезпечення формування державної політики з питань обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, координації діяльності органів виконавчої влади із зазначених питань та функції з реалізації державної політики у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження). З 2017 р. створено НСЗУ, а з 2018 р. МОЗ України визначено, як орган з координації діяльності Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками [401]. З наведеного випливає, що Кабінет Міністрів України забезпечує проведення

державної політики у сфері охорони здоров'я шляхом здійснення різних повноважень у сферах бюджетної, фінансової, цінової, інвестиційної, податкової політики, створення центральних органів виконавчої влади.

Галузевим міністерством в системі органів виконавчої влади є МОЗ України, що є юридичною особою публічного права. Його повноваження визначені у Положенні про МОЗ України, де передбачені такі завдання: забезпечення формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням; забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів інші [296]. Очолює міністерство міністр, що має чотири заступники. Структура міністерства включає такі сектори: державний секретар; Директорат стратегічного планування та євроінтеграції (до нього входять Експертна група з питань стратегічного планування, Експертна група координації політики); Директорат медичних послуг, до якого входять вісім експертних груп; Директорат громадського здоров'я (експертні групи з питань: реформування системи громадського здоров'я; з питань реформування служби крові та біобезпеки; розвитку профілактичних програм інфекційних та неінфекційних захворювань, імунопрофілактики; формування державної політики щодо здорового способу життя та факторів ризику); фармацевтичний директорат (експертні групи з питань: допуску на ринок лікарських засобів; раціонального застосування лікарських засобів; медичних виробів та косметичних засобів); Директорат науки, інновацій, освіти та кадрів (експертні групи з питань: освіти та науки; кадрової політики в охороні здоров'я); Служба державного секретаря; Медичний департамент (включає Управління медичної допомоги матерям і дітям; Відділ організації медичної допомоги дитячому населенню; Відділ організації акушерсько-гінекологічної допомоги; Управління медичної допомоги дорослим; Відділ організації первинної медичної допомоги; Відділ організації спеціалізованої медичної допомоги; Відділ організації

високоспеціалізованої медичної допомоги; Сектор радіаційної безпеки та медичних проблем наслідків аварії на ЧАЕС; Сектор лікування громадян за кордоном; Управління медико-соціальної допомоги населенню; Відділ медичної реабілітації, паліативної та хоспісної допомоги; Відділ експертизи тимчасової та стійкої втрати працездатності; Сектор санаторно-курортного лікування); Департамент з фінансово-економічних питань, бухгалтерського обліку та фінансові звітності; Департамент управління персоналом та кадрової політики; Управління громадського здоров'я; Управління координації центрів реформ; Управління правового забезпечення; Управління аудиту та аналітики; Управління організаційного забезпечення роботи апарату; Управління ліцензування та контролю надання медичної допомоги; Управління Фармацевтичної діяльності та якості фармацевтичної продукції; Управління екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; Управління організації роботи керівництва міністерства; відділ з питань міжнародної діяльності та євроінтеграції; Відділ забезпечення взаємодії з державними органами та громадськістю і соціального діалогу; Відділ інформаційних технологій охорони праці та матеріально-технічного забезпечення; Сектор мобілізаційної роботи та цивільного захисту; Режимно-секретний сектор; Сектор оцінки та усунення корупційних ризиків; Патронатна служба міністерства (самостійний сектор) [289].

Аналізуючи підрозділи (26 секторів) МОЗ України, можна зробити висновок, що напрямок Уряду щодо оптимізації державного управління необхідно—застосувати до структурних одиниць цього міністерства. Можна виявити дублювання функцій між Директоратами та Управліннями міністерства. Наведене вказує на завищення фінансування МОЗ України. Тому це потребує критичного аналізу, оскільки Україна фактично перебуває у стані війни, що потребує постійного фінансування, збільшення захворювань, підвищення смертності населення. У зв'язку з цим постає логічне питання про доцільність такої розгалуженої структури спеціалізованого міністерства. Слід

запропонувати провести оптимізацію структурних секторів МОЗ України шляхом поєднання функцій Директоратів та Управлінь міністерства.

Органом контролю і нагляду у сфері охорони здоров'я є МОЗ України. Міністерство відповідно до Положення про МОЗ України затверджує: галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я, зокрема, клінічні протоколи і стандарти, здійснює контроль за їх дотриманням, здійснює контроль за дотриманням єдиних вимог і критеріїв до закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць, а також до закладів охорони здоров'я, які можуть бути залучені до надання екстреної медичної допомоги у разі виникнення надзвичайних ситуацій; державний контроль діяльності психіатричних установ незалежно від форми власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги; контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, зокрема, про медико-соціальну експертизу, вимог, необхідних для провадження діяльності, пов'язаної із трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині, та дотриманням галузевих стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій тощо [296].

Зі свого боку Держлікслужба здійснює державний контроль: за дотриманням вимог законодавства щодо забезпечення якості та безпеки лікарських засобів і медичних виробів на всіх етапах обігу, у тому числі правил здійснення належних практик (виробничої, дистриб'юторської, зберігання, аптечної); за ввезенням на митну територію України лікарських засобів; 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, інші види контролю (підп. 9, 10, 12 п. 4 Положення про Держлікслужбу) [295]. З наведеного випливає, що держава при здійсненні контролю і нагляду у сфері охорони здоров'я реалізує ці можливості через загальний орган управління охорони здоров'я (МОЗ України) та спеціально створені для цього органи.

Підсумовуючи дослідження таких суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я як держава та уповноважені нею органи, можна запропонувати наступні висновки.

Суб'єкти адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я у вигляді держави та її уповноважених органів залежно від напрямів державної політики поділяються на дві групи: 1) суб'єкти адміністративно-правових відносин, що формують державну політику у сфері охорони здоров'я (Верховна Рада України, Комітет з питань охорони здоров'я Верховної Ради України, Верховна Рада Автономна Республіка Крим, органи місцевого самоврядування); 2) суб'єкти адміністративно-правових відносин, що реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я (Кабінет Міністрів України, МОЗ України, інші центральні органи виконавчої влади (НСЗУ, Держлікслужба, Центр громадського здоров'я), Рада міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, а також органи місцевого самоврядування реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством); 3) суб'єкти адміністративно-правових відносин, що здійснюють контроль і нагляд у цій сфері (МОЗ України, Держлікслужба).

Можливість Верховної Ради України активно брати участь у формуванні державної політики охорони здоров'я обумовлена наявністю спеціального комітету Верховної Ради України – Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України. При цьому органи місцевого самоврядування не є основним суб'єктом формування державної політики України. Вони лише здійснюють частину державної політики у сфері охорони здоров'я, зокрема приймають місцеві програми у цій сфері та закладають у місцеві бюджети витрати на такі програми.

З наведеного випливає, що Кабінет Міністрів України Кабінет Міністрів України забезпечує проведення державної політики у сфері охорони здоров'я шляхом здійснення різних повноважень у сферах бюджетної, фінансової,

цінової, інвестиційної, податкової політики, створення центральних органів виконавчої влади.

Проведено критичний аналіз структурних підрозділі (секторів) МОЗ України, на підставі чого запропоновано провести оптимізацію структурних секторів МОЗ України шляхом поєднання функцій Директоратів та Управлінь міністерства.

2.2.2. Органи місцевого самоврядування як суб'єкти адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я

Органи місцевого самоврядування як суб'єкти адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я мають власну специфіку. Ці органи наділені повноваженнями як формувати, так і реалізовувати державну політику у сфері охорони здоров'я у певному регіоні та місцевості. В Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1013-р. від 30.11.2016 р. йдеться про неузгодженість повноважень органів місцевого самоврядування в Україні у цій сфері. Так, «більшість закладів охорони здоров'я є бюджетними установами, що перебувають у власності держави або територіальних громад. Кошториси цих закладів зазвичай затверджуються тими ж органами влади, до власності яких ці заклади належать. Для розпорядника коштів це створює конфлікт інтересу, адже він діє одночасно і як замовник медичної послуги (від імені громади), і як її надавач. Ці інтереси можуть суперечити один одному, оскільки закладам охорони здоров'я не завжди вигідно надавати саме ті послуги і саме таким чином, як це потрібно або зручно пацієнту. Однак, суміщаючи обидві ролі, місцева влада не має фінансового та інституційного стимулу завжди діяти виключно в інтересах громади, а не в інтересах конкретних постачальників послуг» [418]. З наведеного випливає необхідність дослідження правового статусу органів місцевого самоврядування як суб'єктів адміністративних правовідносин у сфері охорони здоров'я.

Повноваженнями органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я є: управління закладами охорони здоров'я, оздоровчими закладами (підп. 2 п. «а» ст. 32 Закону України «Про місцеве самоврядування»); організація медичного обслуговування та харчування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм (підп. 6 п. «а» ст. 32 Закону України «Про місцеве самоврядування»); сприяння роботі творчих спілок, національно-культурних товариств, асоціацій, інших громадських та неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я (підп. 8 п. «а» ст. 32 Закону України «Про місцеве самоврядування»); внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я (підп. 11 п. «б» ст. 32 Закону України «Про місцеве самоврядування»); до відання виконавчих органів сільських, селищних рад належить вирішення питань щодо надання працівникам охорони здоров'я, які працюють у сільській місцевості, встановлених законодавством пільг, а також щодо додаткового фінансового заохочення та забезпечення службовим житлом і службовим транспортом працівників охорони здоров'я, які працюють у сільській місцевості (ч. 2 ст. 34 Закону України «Про місцеве самоврядування»); вжиття у разі надзвичайних ситуацій необхідних заходів відповідно до закону щодо забезпечення державного і громадського порядку, рятування життя людей, захисту їх здоров'я (підп. 2 п. «б» частини першої ст. 38 Закону України «Про місцеве самоврядування») [397]; бути замовником послуги з медичного обслуговування населення (абз. 15 ч. 1 ст. 3 Закону № 2801-XII [270]; формування місцевої політики та цільових програм у сфері охорони здоров'я (ч. 3 ст. 13 Закону № 2801-XII) [270]; здійснення правомочності щодо володіння, користування та розпорядження об'єктами права комунальної власності (ч. 5 ст. 60 Закону), адже територіальним громадам на праві комунальної власності можуть належати заклади охорони здоров'я (ч. 1 ст. 60 Закону) [397]; реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень (ч. 6 ст. 14 Закону № 2801-XII)

[270]; фінансування медичної сфери за рахунок місцевого бюджету; участь у формуванні спостережної, опікунської ради закладу охорони здоров'я (ч. 4, ч. 6 ст. 24 Закону № 2801-ХІІ); сприяння здійсненню протиепідемічних заходів (ч. 4 ст. 30 Закону № 2801-ХІІ); виконання індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю (ч. 7 ст. 69 Закону № 2801-ХІІ). Наведені повноваження органів місцевого самоврядування доцільно розподіляти за відповідними функціями. Н. О. Васюк зазначає, що законодавство наділяє місцеві ради функціями управління, регулювання, забезпечення, організації, контролю тощо [51]. З цією позицією слід погодитися, оскільки ці функції після впровадження медичної реформи частково змінилися.

Доцільно запропонувати такі функції органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я: 1) регулятивна функція (прийняття рішень щодо регулювання правовідносин охорони здоров'я на відповідній території, зокрема для реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень); 2) функція управління закладами охорони здоров'я, що належать територіальній громаді на праві комунальної власності; 3) установча функція (органи місцевого самоврядування можуть створювати спеціальні органи управління охороною здоров'я на рівні відповідної території, заклади охорони здоров'я, прийняття участі у формуванні спостережної, опікунської ради закладу охорони здоров'я); 4) забезпечувальна функція щодо фінансування сфери охорони здоров'я, шляхом передбачення статті витрат у місцевому бюджеті; 5) організаційна функція у сфері охорони здоров'я (організація медичного обслуговування; сприяння розвитку громадських організацій у цій сфері; у разі надзвичайних ситуацій організовувати заходи щодо охорони здоров'я населення; внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я; виконання індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю); 6) стимулююча функція використовується для стимулювання медичних працівників щодо праці у сільській місцевості; 7) контролююча функція. Розглянемо їх більш детально.

Регулятивна функція органів місцевого самоврядування визначена у ст. 26 Закону України «Про місцеве самоврядування». Відповідно до цієї функції органи місцевого самоврядування мають право затверджувати програми соціально-економічного та культурного розвитку відповідних адміністративно-територіальних одиниць, цільових програм з інших питань місцевого самоврядування (п. 22 ст. 26 Закону); приймати у межах, визначених законом, рішення з питань боротьби зі стихійним лихом, епідеміями, епізоотіями, за порушення яких передбачено адміністративну відповідальність (п. 22 ст. 26 Закону), інші [397]. Програми, які мають виконуватися органами місцевого самоврядування, можуть містити норми, ухвалені законодавчим органом країни, які приписують або забороняють здійснення місцевою владою тих чи інших дій [515, с. 26]. Аналізуючи ці повноваження органів місцевого самоврядування, доцільно підкреслити, що законодавством не визначено самостійного напрямку регулювання адміністративних правовідносин у сфері охорони здоров'я, але при прийнятті програми розвитку охорони здоров'я у межах відповідної територіальної громади буде реалізовуватися саме ця функція.

Функція управління охороною здоров'я органів місцевого самоврядування може розглядатися як широка категорія, що охоплює усі види управлінської діяльності (формування органів влади, комунальних закладів охорони здоров'я, реалізація програм, затвердження бюджету, моніторинг тощо), так і вузька категорія, що надає можливість виокремлювати інші функції (зокрема, управління комунальними закладами охорони здоров'я та створення органів управління). При розгляді функцій управління пропонуємо застосувати другий підхід, адже це сприятиме більш детальному розкриттю кожної функції органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

Управління закладами охорони здоров'я, що належать територіальній громаді на праві комунальної власності, здійснюється через спеціально створені органи. Наприклад, Харківська міська рада утворила Департамент охорони здоров'я Харківської міської ради, що діє на підставі Положення про

Департамент охорони здоров'я Харківської міської ради, затвердженого рішенням 1 сесії Харківської міської ради 7 скликання «Про затвердження положень виконавчих органів Харківської міської ради 7 скликання». Цей Департамент підзвітний та підконтрольний міській раді, підпорядкований виконавчому комітету міської ради, міському голові, заступнику міського голови з питань охорони здоров'я та соціального захисту населення. Департамент є юридичною особою, веде самостійний баланс, має право відкривати реєстраційні рахунки в органах Державної казначейської служби та відповідно до чинного законодавства України рахунки в установах банків, у межах своїх повноважень укладати від свого імені угоди з юридичними та фізичними особами, набувати майнових і особистих немайнових прав, нести обов'язки, бути позивачем та відповідачем у суді [351]. Аналогічний Департамент створено при виконавчому органі Київської міської ради [293]. Ці департаменти поділено на управління, відділи, сектори. Так, при Департаменті Київської міської ради створено управління з надання контрольно-аналітичної роботи, бухгалтерського обліку, капітальних видатків, лікувально-профілактичної допомоги, управління економіки [491].

Варто зазначити, що кожен орган місцевого самоврядування може самостійно обирати власну структуру, що залежить від потреб відповідної територіальної громади. При побудові управління на рівні органів місцевого самоврядування повинен враховуватися публічний інтерес територіальної громади у сфері охорони здоров'я, оскільки публічний інтерес територіальної громади є основоположним для вибору напрямів регулювання та управління. Якщо у межах території виявлена епідемія або інша загроза для членів територіальної громади, то органи місцевого самоврядування повинні прийняти відповідні управлінські рішення щодо подолання такої ситуації.

Повноваження Департаменту охорони здоров'я Харківської міської ради поділені на власні та делеговані. До власних повноважень віднесено: аналіз стану охорони здоров'я в місті, визначення тенденцій і перспектив розвитку охорони здоров'я міста Харкова; узгодження проектів планів підприємств,

установ у галузі охорони здоров'я у м. Харкові, які віднесені до комунальної власності територіальної громади міста; внесення до них зауважень і пропозицій, здійснення контролю за їх виконанням; координація роботи підприємств, установ, закладів охорони здоров'я, що відносяться до комунальної форми власності територіальної громади міста; сприяння матеріально-технічному і фінансовому забезпеченню підприємств, установ та закладів тощо [351]. Делегованими повноваженнями Департаменту є: розгляд і узгодження планів підприємств, установ та організацій у сфері охорони здоров'я, які не належать до комунальної власності територіальної громади міста, здійснення яких може викликати негативні соціальні, демографічні, екологічні та інші наслідки, підготовка до них висновків і внесення пропозицій до відповідних органів; підготовка в установленому порядку пропозицій щодо кандидатур для призначення на посаду керівників комунальних підприємств, закладів, установ у галузі охорони здоров'я; затвердження статутів комунальних закладів охорони здоров'я; розвиток медичного обслуговування; підготовка пропозицій до реорганізації закладів охорони здоров'я тощо.

Департамент Київської міської ради має схожі повноваження з Департаментом Харківської міської ради, хоча вони не поділяються на власні та делеговані, а виокремлюються щодо реалізації державних цільових програм, формування комунальних закладів охорони здоров'я, прогнозування потреб закладів охорони здоров'я, проведення моніторингу громадської думки щодо охорони здоров'я тощо [294]. Аналізуючи положення про Департамент охорони здоров'я Харківської та Київської міської ради, можна дійти висновку, що положення органів Київської міської ради розроблено більш детально, в ньому закладено більш демократичний підхід до формування управління у сфері охорони здоров'я, оскільки надаються більші можливості доступу громадськості до інформації у цій сфері.

Близькою до функції управління є установча функція, оскільки в сукупності вони являють цілісність управління охороною здоров'я. Вона закріплена у відповідному положенні про Департамент охорони здоров'я

конкретної місцевої ради. Реалізується ця функція у повноваженнях щодо утворення, реорганізації, ліквідації існуючих посад у сфері управління охорони здоров'я, комунальних закладів охорони здоров'я, делегування представників у спостережну, опікунську раду закладу охорони здоров'я. Завдяки цій функції органи місцевого самоврядування здійснюють народовладдя, а також відбувається децентралізація влади.

Утворення структур охорони здоров'я органами місцевого самоврядування вимагає не лише визначення їх підпорядкованості, повноважень, а й фінансування, що здійснюється за рахунок місцевого бюджету. Відповідно до п. 12 ч. 1 ст. 2 Бюджетного кодексу України, організації, створені органами місцевого самоврядування у встановленому порядку, що повністю утримуються за рахунок місцевого бюджету, є бюджетними установами [50]. Місцеві бюджети передбачають фінансування установ і програм у сфері охорони здоров'я. В цьому проявляється забезпечувальна функція фінансування сфери охорони здоров'я. У кожному місцевому бюджеті закладено видатки на цю сферу. Так, за січень-вересень 2018 року у бюджеті м. Полтава використано на фінансування установ охорони здоров'я 294 267,3 тис. грн., що на 33367,4 тис. грн. (12,8%) більше, ніж за січень-вересень 2017 р. [434]. Згідно з видатковою частиною міського бюджету м. Львова за 2018 р. виконані такі видаткові статті на охорону здоров'я: багатoproфільна стаціонарна медична допомога населенню; лікарсько-акушерська допомога вагітним, породіллям та новонародженим; амбулаторно-поліклінічна допомога населенню, крім первинної медичної допомоги; стоматологічна допомога населенню; первинна медична допомога населенню, що надається амбулаторно-поліклінічними закладами (відділеннями); централізовані заходи з лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет; відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань; забезпечення діяльності інших закладів у сфері охорони здоров'я, інші програми та заходи у сфері охорони здоров'я [49]. Таким чином, забезпечувальна функція охорони здоров'я органів місцевого самоврядування передбачає фінансування окремих місцевих програм, часткову

оплату лікарських засобів, допомогу при стаціонарному лікуванні. До того ж кожна місцева рада має право самостійно обирати напрями забезпечення сфери охорони здоров'я.

Організаційна функція у сфері охорони здоров'я передбачає здійснення повноважень органів місцевого самоврядування щодо організації медичного обслуговування населення, формування пропозицій щодо ліцензування медичної діяльності, виконання індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю. Ця функція передбачає вживання відповідних заходів організаційного характеру, наявність кадрового, матеріального-технічного й фінансового забезпечення [35]. Медичне обслуговування населення в умовах медичної реформи є системою повноважень органів центральної влади, органів місцевого самоврядування та діяльності медичних закладів. Реалізація повноважень з організації медичного обслуговування населення передбачає сприяння та організацію медичних оглядів, зокрема у закладах освіти. У сфері управління органів місцевого самоврядування перебувають як заклади освіти, так і заклади охорони здоров'я. Це надає можливість організовувати діяльність з проведення медичних оглядів. Органи місцевого самоврядування організовують заходи матеріально-технічного характеру щодо реалізації індивідуальної програми інвалідів. Так, вони беруть участь у створенні безперешкодного середовища для маломобільних категорій населення (абз. 12 ст. 9 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»), організують виконання державних програм у сфері реабілітації осіб з інвалідністю тощо (абз. 2 ч. 1 ст. 11 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні») [414]. Підсумовуючи, слід зазначити, що організаційна функція пов'язана із забезпечувальною та установчою функцією.

Більшість функцій органів місцевого самоврядування пов'язані між собою, зокрема, забезпечувальна функція має зв'язок як з організаційною функцією, так і з стимулюючою функцією. Цей взаємозв'язок обумовлений тим, що стимулювання відбувається шляхом створення певних матеріальних благ, які є привабливими для проживання лікарів у сільській місцевості. При цьому

створення благ, безумовно, потребує матеріального забезпечення шляхом закладення певних витрат у місцеві бюджети. Стимулююча функція передбачає повноваження органів місцевого самоврядування у сфері стимулювання медичних працівників у разі праці в сільській місцевості. Органи місцевого самоврядування з метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості вирішують в установленому порядку питання про забезпечення медичних та фармацевтичних працівників житлом, службовим транспортом, належними умовами праці, стаціонарним та мобільним зв'язком, мобільною комп'ютерною технікою та програмними продуктами, професійною літературою та періодичними медичними виданнями, у тому числі електронними (п. 2 ч. 5 ст. 5 Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості») [408].

Прикладом реалізації цієї функції є Програма забезпечення житлом медичних працівників району на 2016-2020 роки, прийнята Козелецькою селищною радою Чернігівської області на третій сесії районної ради сьомого скликання від 13 січня 2016 р. № 47-3/VII. Метою цієї програми є забезпечення житлом працівників, першочергово медичних працівників, закладів охорони здоров'я, які уклали контракт з Козелецькою центральною районною лікарнею, Остерською районною лікарнею або Козелецьким районним центром первинної медико-санітарної допомоги на термін не менше 15 років [427]. Отже, завдяки провадженню медичної реформи органи місцевого самоврядування отримали додаткові повноваження щодо стимулювання лікарів, зокрема для праці у сільській місцевості.

Наступною функцією органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я є контролююча. Цінність контролю як одного із засобів управління полягає не лише в тому, щоб розкрити факти беззаконня і порушення прав і законних інтересів громадян, а головне в тому, щоб своєчасно їх попередити, не дати їм можливості проявитися [62, с. 67]. Контроль у сфері охорони здоров'я надає можливість виявити стан захворювань у відповідній місцевості, що є

запорукою своєчасного прийняття необхідних засобів для запобігання негативних наслідків, виявляти факти корупції у медичній сфері тощо.

Органи місцевого самоврядування віднесені до органів державного контролю згідно з абз. 1 ч. 1 ст. 1 Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» [403]. Проаналізувавши Положення про Відділ охорони здоров'я Сумської міської ради, можна виявити наявність контролюючої функції цього органу місцевого самоврядування, зокрема такі її види: за станом здоров'я дітей у дитячих дошкільних і шкільних навчальних закладах незалежно від їх відомчого підпорядкування; за станом здоров'я осіб, які займаються фізичною культурою та спортом; за виконанням робіт щодо будівництва та капітального ремонту закладів охорони здоров'я, установ і підприємств; за раціональним використанням бюджетних коштів у цих закладах згідно з затвердженим бюджетом на поточний рік [318]. З наведеного слід зробити висновок, що контроль органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я існує як самостійна функція.

У результаті проведення дослідження правового статусу органів місцевого самоврядування в адміністративно-правових відносинах у сфері охорони здоров'я були отримані такі висновки. Органи місцевого самоврядування наділені владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я. Функціями органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я є: 1) регулятивна функція (прийняття рішень щодо регулювання правовідносин охорони здоров'я на відповідній території, зокрема для реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень); 2) функція управління закладами охорони здоров'я, що належать територіальній громаді на праві комунальної власності; 3) установча функція (органи місцевого самоврядування можуть створювати спеціальні органи управління охороною здоров'я на рівні відповідної території, заклади охорони здоров'я, участь у формуванні спостережної, опікунської ради закладу охорони здоров'я); 4) забезпечувальна функція щодо фінансування сфери охорони здоров'я, шляхом передбачення

статті витрат у місцевому бюджеті; 5) організаційна функція у сфері охорони здоров'я (організація медичного обслуговування; сприяння розвитку громадських організацій у цій сфері; у разі надзвичайних ситуацій організувати заходи щодо охорони здоров'я населення; внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я; виконання індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю); 6) стимулююча функція використовується для стимулювання медичних працівників щодо праці у сільській місцевості; 7) контролююча функція.

2.2.3. Особливості адміністративно-правового статусу інших суб'єктів, які наділені владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я в Україні

Внаслідок проведення медичної реформи систему суб'єктів, наділених владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я, було доповнено новим державним органом – НСЗУ. У Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років визначено, що відповідно до європейських прагнень України роль держави у роботі системи охорони здоров'я буде обмежено; МОЗ України повинно позбутися невласливих управлінських функцій, таких як закупівлі, управління лікарнями [262, с. 29]. Для реалізації цієї Стратегії перед державою постала низка завдань, серед яких було утворення суб'єктів, наділених владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я. У зв'язку з цим у 2017 р. постановою Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27 грудня 2017 р. № 1101 було сформовано НСЗУ [424]. НСЗУ є центральним органом виконавчої влади, що наділена спеціальними повноваженнями у сфері охорони здоров'я, які значно відрізняються від повноважень МОЗ України. Цей орган створено в Україні вперше, раніше не існувало прецедентів створення аналогічної структури. НСЗУ є започаткуванням системи менеджменту у

медичній сфері, що є новим підходом до системи охорони здоров'я України, а тому статус цього органу потребує окремого аналізу.

НСЗУ має правовий статус центрального органу виконавчої влади, що визначено Законом України «Про центральні органи виконавчої влади» та Постановою Кабміну «Про утворення Національної служби здоров'я України». Аналізуючи норми вказаного Закону, можна виокремити такі характерні властивості органів центральної виконавчої влади: 1) будь-який орган виконавчої влади має статус юридичної особи публічного права (абз. 1 ч. 1 ст. 4 Закону); 2) утворюються, реорганізуються та ліквідуються Кабінетом Міністрів України за поданням Прем'єр-міністра України (ч. 1 ст. 5 Закону); 3) за своїм статусом поділяються на міністерства та інші центральні органи виконавчої влади; 4) діють на принципах верховенства права, забезпечення дотримання прав і свобод людини і громадянина, безперервності, законності, забезпечення єдності державної політики, відкритості та прозорості, відповідальності (ч. 1 ст. 2 Закону) [425]. Виходячи з наведеного, НСЗУ є юридичною особою публічного права, що утворюється та координуються Кабінетом Міністрів України. Координація діяльності НСЗУ здійснюється Кабінетом Міністрів України через міністра МОЗ України (ч. 1 ст. 18 Закону України «Про центральні органи виконавчої влади») [425]. Таке підпорядкування цілком відповідає структурі адміністративних вертикальних правовідносин, що виникають між суб'єктами владних повноважень у будь-якій сфері державної політики, зокрема у сфері охорони здоров'я.

Можливість НСЗУ вступати у правовідносини обумовлена наявністю у неї правосуб'єктності. Ця служба, як суб'єкт владних повноважень, насамперед має адміністративну правосуб'єктність. Адміністративна правосуб'єктність юридичної особи – це соціально-юридична здатність особи бути суб'єктом адміністративного права та набувати, мати, реалізовувати (виконувати) і припиняти обумовлені установчими та/або нормативними (компетенційними) актами адміністративні права і обов'язки, а також здатність нести адміністративну відповідальність [280, с. 144]. Варто зазначити, що

адміністративна правосуб'єктність є елементом більш широкої правосуб'єктності, яка властива органам виконавчої влади, оскільки ці органи вступають у правовідносини у формі юридичної особи публічного права. У цьому полягає специфіка адміністративно-владних суб'єктів, тобто вони обов'язково наділені адміністративною правосуб'єктністю, що входить у правосуб'єктність юридичної особи публічної влади. При цьому лише органи владних повноважень мають у структурі правосуб'єктності елемент адміністративної правосуб'єктності.

НСЗУ вступає у правовідносини як юридична особа публічного права. Як відомо, юридична особа вважається створеною з дня її державної реєстрації (ч. 4 ст. 87 Цивільного кодексу України) [535]. Таку реєстрацію, а відповідно й можливість бути суб'єктом правовідносин, НСЗУ отримує з моменту внесення відомостей про її створення до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань (ст. 4 Закону України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань») [321]. З цього моменту НСЗУ може вступати у будь-які правовідносини від власного імені та під власним найменуванням; використовувати власну печатку з зображенням Державного Герба України. Крім того, з моменту отримання правосуб'єктності на НСЗУ поширюються всі ознаки юридичної особи публічного права, до яких звичайно відносять порядок створення та мету діяльності [137, с. 8]. Створення НСЗУ відбувається на підставі розпорядчого акту Кабінету Міністрів України, а мета її діяльності – це реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення відповідно до Закону № 2168-VIII. Отже, НСЗУ – це юридична особа публічного права, яка наділена адміністративною правосуб'єктністю, створюється на підставі розпорядчого акту Кабінету Міністрів України з метою реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Доцільність існування у системи державного управління спеціального органу, що спрямовує свою діяльність на встановлення балансу фінансових

інтересів між людиною і суспільством, практично не викликає сумніву у більшості дослідників з питань охорони здоров'я. Т. Чантурідзе, К. Оберман вказують, що управління в галузі охорони здоров'я є одним із ключових факторів балансування державного управління сектору охорони здоров'я з інтересами громадянського суспільства / приватних гравців. Моделі належного управління повинні бути створені таким чином, щоб забезпечити найкращі досягнуті результати при відображенні інституційних цінностей, а також дозволити керівникам протидіяти непередбаченим потребам і обставинам [566, с. 510]. Річард Салтман і Антоніо Дюран розглядають два аспекти пошуку нових моделей управління у контексті ринків здоров'я, які сигналізують про лібералізацію: 1) роль уряду в збалансуванні державних і приватних інтересів і відповідальності за надання допомоги через модернізовані механізми управління; 2) висновок про те, що об'єктивні фактори можуть перешкоджати добре продуманим моделям управління провайдером, якщо управління не відображатиме потреби конкретної країни [561, с. 33]. Аналізуючи наведені підходи, що висуваються до ефективних моделей управління охороною здоров'я в державі, можна стверджувати, що утворення НСЗУ є первинним кроком у побудові такої нової моделі. Повноваження НСЗУ спрямовані на формування фінансового балансу між державою, закладами охорони здоров'я та пацієнтом. У цьому проявляється публічний інтерес, закладений в адміністративно-правових відносинах з управління охороною здоров'я, а також приватний інтерес пацієнта, який має можливість отримати більш ефективні методи лікування, що мають значну вартість.

Українське суспільство не має досвіду платних медичних послуг, окрім окремих випадків у стоматологічній практиці, а тому повноцінно не розуміє доцільності введення платної медицини. Стан суспільства можна пояснити тим, що в країні існувала радянська система охорони здоров'я, побудована на системі М. О. Семашка. У сучасному світі ця система вже не може бути ефективною, оскільки нові методи лікування, лікарські засоби є результатом багаторічних досліджень, що на всіх етапах розробки потребували значних

фінансових витрат щодо медично-технічного обладнання, так і людського фактору винахідництва. Крім того, відповідно до абз. 3 ч. 4 п. 7 Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075 до обов'язкового переліку прямих витрат відносять: витрати на заробітну плату та пов'язані з нею нарахування; витрати на лікарські засоби; витрати на технічне забезпечення та обслуговування (поточний ремонт) високовартісного обладнання; комунальні витрати за можливості прямого віднесення [245]. Тобто сучасний пацієнт отримує медичну послугу, яка створена, запатентована, пройшла клінічні випробування тощо. Тому пацієнт може розраховувати на ефективне лікування, що надається лікарем, який офіційно отримує плату за кожного пацієнта, в умовах медичного закладу, забезпеченого необхідним медичним обладнанням. Такий підхід до охорони здоров'я потребує введення фінансових механізмів, що нададуть можливість сплатити вартість робіт винахідників, виробників та виконавців медичних послуг. Ці механізми визначені у повноваженнях НСЗУ.

Центральними органами управління НСЗУ є: Голова, два заступники голови, колегія, комісії, робочі та експертні групи, відділи для матеріально-технічного забезпечення роботи НСЗУ. Голова та його заступники призначаються та звільняються з посади Кабінетом Міністрів України за пропозицією Комісії з питань вищого корпусу державної служби. Призначення цих державних службовців проходить на підставі конкурсу, що призначається та проводиться Комісією з питань вищого корпусу державної служби. Колегія НСЗУ створюється зі статусом консультативно-дорадчого органу, що діє на підставі положення, затвердженого головою НСЗУ. Законодавством дозволено НСЗУ утворювати різноманітні комісії, експертні групи, що необхідні для консультації у різних напрямках медицини та фармації.

Для реалізації своїх повноважень НСЗУ має власну організаційну структуру. НСЗУ здійснює свої повноваження безпосередньо та через утворені в установленому порядку територіальні органи (п. 8 постанови Кабінету

Міністрів України № 1101) [424]. За інформацією МОЗ України, у 2019 році НСЗУ відкрив п'ять територіальних підрозділів у регіонах України [261]. Посадові особи територіальних органів НСЗУ призначаються та звільняються на підставі наказу голови НСЗУ. Територіальні органи НСЗУ утворюються, ліквідується Кабінетом Міністрів України за пропозицією МОЗ України. Ці органи, як і НСЗУ, є юридичними особами публічного права.

Наведене дає підстави стверджувати, що НСЗУ вже є сформованим органом центральної виконавчої влади, продовжує формувати власні територіальні органи, здійснює перше фінансування за договорами медичного обслуговування населення. Досвід роботи цього державного органу лише починає складатися. Поряд з НСЗУ в Україні утворено Держлікслужбу. Цей орган також наділений владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я, а тому охарактеризуємо його більш детально.

Держлікслужба, як і НСЗУ, є органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Держлікслужба є юридичною особою публічного права, утворюється розпорядчим актом Кабінету Міністрів України та має на меті реалізовувати 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 (п. 1 Положення про Держлікслужбу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12 серпня 2015 р. № 647) [295]. Мета дії цієї служби є зовсім іншою, ніж НСЗУ. Якщо НСЗУ реалізує державну політику щодо фінансування медичного обслуговування населення, то у Держлікслужби основними є контролюючі повноваження. При цьому ці державні органи мають тісний взаємозв'язок у своїй діяльності, оскільки Держлікслужба забезпечує контроль за якістю медичного обладнання, лікарських засобів, що з часом будуть використані для лікування пацієнтів, а отже, є елементом у політиці фінансування охорони здоров'я.

Структура апарату Держлікслужби аналогічна НСЗУ. Зокрема, органи поділяються на центральні та територіальні. Очолює Держлікслужбу Голова, який призначається на посаду та звільняється з посади Кабінетом Міністрів України за поданням Прем'єр-міністра України, внесеним на підставі пропозицій Міністра охорони здоров'я. При цьому правовий статус голови додатково розширено тим, що він за посадою є Головним державним інспектором України з контролю якості лікарських засобів (ч. 2 п. 10 Положення про Держлікслужбу) [295]. Тобто відбувається поєднання взаємопов'язаних повноважень. Голова Держлікслужби має двох заступників, своїми наказами може утворювати колегію, постійні або тимчасові консультативні, дорадчі та інші допоміжні органи. Територіальні органи Держлікслужби, які їй підзвітні, утворюються на підставі розпорядження Кабінету Міністрів України за пропозицією МОЗ України.

Аналізуючи повноваження Держлікслужби, можна зробити висновок, що це перш за все орган державного контролю (нагляду). Законом України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності [403]» встановлено, що державний нагляд (контроль) – це «діяльність уповноважених законом центральних органів виконавчої влади ... в межах повноважень, передбачених законом, щодо виявлення та запобігання порушенням вимог законодавства суб'єктами господарювання та забезпечення інтересів суспільства, зокрема належної якості продукції, робіт та послуг, допустимого рівня небезпеки для населення, навколишнього природного середовища» (абз. 1 ч. 1 ст. 1 Закону) [403]. З цього випливає, що Держлікслужба здійснює діяльність щодо виявлення та запобігання незаконної діяльності у сфері обігу лікарських, наркотичних препаратів. Можливість здійснювати контроль природно пов'язана з повноваженнями ліцензування відповідної господарської діяльності у сфері фармації, виробництва медичного обладнання. Згідно з п. 6 ст. 1 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» ліцензування – це засіб державного регулювання провадження видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню,

спрямований на забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері ліцензування, захист економічних і соціальних інтересів держави, суспільства та окремих споживачів [396]. Отже, Держлікслужба виступає як орган державного контролю (нагляду) та орган ліцензування.

Крім наведених повноважень, Держлікслужба формує та веде декілька державних реєстрів, зокрема Державний реєстр лікарських засобів України, Реєстр документів щодо якості лікарських засобів, Державний реєстр медичної техніки та виробів медичного призначення, Ліцензійний реєстр з промислового виробництва лікарських засобів, Ліцензійний реєстр з імпорту лікарських засобів, Ліцензійний реєстр з виробництва лікарських засобів (в умовах аптеки), оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, Ліцензійний реєстр на право здійснення господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, Реєстр осіб, відповідальних за введення медичних виробів, активних медичних виробів, які імплантують, та медичних виробів для діагностики *in vitro* в обіг [93]. Наявність повноважень у сфері державних реєстрів вказує, що Держлікслужба здійснює діяльність, пов'язану з отриманням та розміщенням інформації, що вимагає дії у сфері збору, перевірки даних, їх захисту, перевірки відповідності даних та заявленої інформації. Внесені у реєстр лікарські засоби, медичне обладнання може використовуватися для лікування пацієнтів. Без відповідної реєстрації препарат або обладнання не можуть бути рекомендовані до застосування при лікуванні.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що Держлікслужба є спеціальним органом виконавчої влади у формі юридичної особи публічного права, що здійснює контроль (нагляд), ліцензування господарської діяльності у сфері фармацевтичних, наркотичних препаратів і виробів медичного призначення, протидії їх незаконному обігу, формує та веде державні реєстри.

У 2015 р. до системи суб'єктів, наділених владними повноваженнями, було включено державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі – ЦГЗ), яку було утворено на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 року № 909-р

«Питання Міністерства охорони здоров'я» [288], Наказом МОЗ України від 18.09.2015 № 604 [423]. Він має статус окремої юридичної особи публічного права, реорганізувавшись шляхом злиття таких державних підприємств, установ та організацій: Державного закладу «Український центр з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України», Державної установи «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», Державної установи «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», Державної установи «Український науково-дослідний протичумний інститут імені І.І. Мечнікова Міністерства охорони здоров'я України». Крім того, до ЦГЗ приєдналися державні підприємства й установи Державної санітарно-епідеміологічної служби України. ЦГЗ є правонаступником цих юридичних осіб.

Головним завданням ЦГЗ є діяльність у сфері громадського здоров'я. Центр виконує лікувально-профілактичні, науково-практичні та організаційно-методичні функції у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення якості лікування хворих на соціально небезпечні захворювання, зокрема ВІЛ/СНІД, туберкульоз, наркозалежність, вірусні гепатити тощо, попередження захворювань у контексті розбудови системи громадського здоров'я. ЦГЗ бере участь у формуванні регуляторної політики та взаємодіє з іншими міністерствами, науково-дослідними установами, міжнародними, громадськими організаціями, що працюють у сфері громадського здоров'я та протидії соціально небезпечним захворюванням [89].

На підставі проведеного дослідження у цьому підрозділі варто запропонувати такі висновки. Іншими суб'єктами, що наділені владними повноваженнями, є НСЗУ (юридична особа публічного права, яка наділена адміністративною правосуб'єктністю, створюється на підставі розпорядчого акту Кабінету Міністрів України з метою реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення), Держлікслужба (спеціальний орган виконавчої влади у формі юридичної особи

публічного права, що здійснює контроль (нагляд), ліцензування господарської діяльності у сфері фармацевтичних, наркотичних препаратів і виробів медичного призначення, протидії їх незаконному обігу, формує та веде держані реєстри), ЦГЗ (здійснює діяльність у сфері громадського здоров'я). Їх повноваження спрямовані на формування балансу інтересів між державою (закладами охорони здоров'я, виробниками лікарських препаратів, медичного обладнання) та пацієнтом. Цей баланс інтересів проявляється у тому, що публічний інтерес спрямований на ефективне управління охороною здоров'я, а приватний інтерес пацієнта – на отримання результативних та безпечних методів, засобів лікування.

2.3. Характеристика суб'єктів адміністративно-правових відносин, які не наділені владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я в Україні

Суб'єкти, що вступають в адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я, поділяються на дві групи: суб'єкти, які наділені владними повноваженнями, та суб'єкти, які не наділені владними повноваженнями. Відомо, що за числом суб'єктів правовідносини можуть бути простими (беруть участь два суб'єкти) та складними (беруть участь більше двох осіб) [292, с. 15]. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я є складними, оскільки в них беруть участь більше двох суб'єктів, які мають різні правові статуси. Суб'єктами, які не наділені владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я в Україні, є пацієнти, заклади охорони здоров'я, представники громадськості. Об'єднуючою ознакою цих суб'єктів є те, що вони не наділені владними повноваженнями, їх діяльність не забезпечена державним примусом. Тому їх правовий статус в адміністративно-правових відносинах має власну специфіку, що обумовлено метою їх вступу у правовідносини та обсягом їх повноважень. Якщо наявність закладів охорони здоров'я, пацієнтів у цих правовідносинах є обов'язковою, то участь громадськості є додатковим

елементом гарантії якості та прозорості діяльності суб'єктів охорони здоров'я, що є проявом громадянського суспільства.

У медичному праві виокремлюють такі групи суб'єктів медичних правовідносин: суб'єкти, що надають медичну допомогу; суб'єкти, що сприяють наданню медичної допомоги (підрозділи забезпечення) [488, с. 14]. З точки зору приватного медичного права обов'язковим суб'єктом є і пацієнт. Це особа, яка отримує, споживає медичні послуги, а тому будь-яка медична послуга спрямована на задоволення потреб пацієнта. У медичних, цивільних правовідносинах пацієнт є первинним суб'єктом, оскільки приватні правовідносини виникають з моменту звернення пацієнта за отриманням медичної послуги. Зовсім по-іншому будуються адміністративні правовідносини у сфері охорони здоров'я. Вони виникають не внаслідок звернення пацієнта, а з моменту задоволення публічного інтересу в побудові системи управління охороною здоров'я. Така структура правовідносин призводить до того, що пацієнт не отримує первинність статусу. В адміністративних правовідносинах він є кінцевим суб'єктом – отримувачем ефекту управляючої діяльності державних органів у сфері охорони здоров'я. В цьому і полягає специфіка пацієнта як суб'єкта адміністративно-правових відносин з охорони здоров'я.

Поняття «пацієнт» закріплено в абз. 10 ч. 1 ст. 3 Закону № 2801-ХІІ. Це фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога [270]. Аналіз цього визначення дає можливість виокремити такі ознаки поняття «пацієнт»: 1) це фізична особа незалежно від віку; 2) ця особа звернулася за медичною допомогою; 3) це особа, якій надається така допомога. Перші дві ознаки є обов'язковими, оскільки учасником медичних правовідносин може бути лише фізична особа, що звернулася за медичною допомогою. Ознака отримання медичної допомоги може застосовуватися не завжди, оскільки в кожному разі при зверненні особи за допомогою лікар визначає доцільність надання медичної послуги. Тому наявність звернення є обов'язковим чинником, а ось надання медичної допомоги залежить від

об'єктивних ознак наявності захворювання у суб'єкта. При цьому звернення буде мати місце і при обов'язковому профілактичному огляді.

В юридичній науці поняття «пацієнт», його зміст, співвідношення з іншими визначеннями, такими як «хворий», «клієнт», «споживач медичних послуг», є предметом дослідження фахівців цивільного, медичного права, адміністративного та кримінального права. Такий прояв інтересу до цього визначення пов'язаний з тим, що пацієнт є учасником багатьох відносин, а його права захищаються в цивільному, адміністративному, кримінальному порядку.

О. В. Дроздова підкреслює, що пацієнтом не може бути юридична особа, тварина. При цьому хворий – це біологічний статус фізичної особи [111, с. 192]. На думку М. І. Пасько, поняття «хворий» недоцільно використовувати щодо змісту визначення «пацієнт», оскільки термін «хворий» не визначає жодних юридичних особливостей статусу особи, а відображає лише стан здоров'я людини, і тому поняття «хворий» для позначення сторони договору є недоцільним [281, с. 298]. Дійсно, розглядаючи відносини між лікарем, медичною установою і пацієнтом, доцільно використовувати термін «пацієнт», адже пацієнт не завжди може бути хворим. Крім того, наявність хвороби іноді є фактичним обмежувальним фактором для свободи побудови правовідносин, в яких пацієнт сплачує вартість послуги.

На думку О. В. Темченко та Н. О. Абрамович, поняття «пацієнт» має свої специфічні ознаки і визначається як фізична особа (здорова або хвора), котра є споживачем медичних послуг [502, с. 91]. У цьому визначенні не враховується особливість термінологічного значення пацієнт та споживач. На специфіку співвідношення цих категорій звертають увагу Д. М. Кутузова, Т. Г. Степурко, П. А. Ковтонюк. Дослідники, аналізуючи світові моделі побудови правовідносин між лікарем та пацієнтом, підкреслюють, що: «поняттю «пацієнт» притаманні такі атрибути, як пасивність та повне виконання приписів лікаря, відсутність залученості до прийняття рішень. «Пацієнт» є відповідником парсонсівського концепту «ролі хворого». Однак виникнення конфлікту в інтересах, цінностях лікаря та пацієнта, викликаного нереалізованими

очікуваннями пацієнта від лікувального процесу, призводить до варіацій у рольовій моделі пацієнта. Таким чином, коли йдеться про активність, поінформованість та вибір пацієнта, починають з'являтися інші «гравці» в отриманні медичної допомоги – «клієнт» та «споживач» [211, с. 89]. З наведеного вбачається, що для сучасних відплатних медичних правовідносин доцільно використовувати терміни «клієнт» та «споживач». Для приватних правовідносин це логічний підхід, оскільки при сплаті договору про надання послуг особа автоматично отримує статус замовника, споживача або клієнта, але наскільки цю термінологію можна використовувати при характеристиці структури адміністративно-правових відносин у сфері управління охорони здоров'я, слід окремо дослідити.

Як зазначалося вище, поняття «пацієнт» закріплено у нормах Закону № 2801-ХІІ. Термін «споживач» визначено у п. 22 ст. 1 Закону України «Про захист прав споживачів» як «фізична особа, яка отримує, замовляє, використовує або має намір придбати чи замовити продукцію для особистих потреб, безпосередньо не пов'язаних з підприємницькою діяльністю або виконанням обов'язків найманого працівника» [387]. У рішенні Конституційного Суду України № 15-рп/2011 було надано офіційне тлумачення цього терміну та підкреслено, що споживачу, як правило, об'єктивно бракує знань, необхідних для здійснення правильного вибору товарів (робіт, послуг) із запропонованих на ринку, а також для оцінки договорів щодо їх придбання, які нерідко мають вид формуляра або іншу стандартну форму [442]. Аналізуючи зміст терміну «споживач», можна стверджувати, що споживач, як і пацієнт, не має усіх знань стосовно медичних послуг, які йому можуть надаватися та які він отримує в особистих цілях. Тому регулювання правовідносин щодо надання медичних послуг буде відбуватися у межах норм ЦК України, Закону № 2801-ХІІ, «Про захист прав споживачів», Закону № 2168-VIII. У зв'язку з цим вважаємо недоцільним розмежовувати такі поняття, як «пацієнт» та «споживач» і логічно пов'язаний з останнім термін «клієнт». Ці визначення додатково уточнюють один одного. Так, «споживач»/«клієнт» – це завжди

замовник і набувач результату послуги, зокрема медичної, яка буде використана в особистих потребах. «Пацієнт» – це спеціальний термін, що уточнює сферу правовідносин та звужує її застосування до медичної сфери. Якщо поняття «споживач» є широкою категорією та може бути застосовано до будь-якого суб'єкта замовника послуг/робіт, продукції, то «пацієнт» буде застосовано виключно до замовника медичних послуг. Тому пропонуємо термін «пацієнт» визначати як фізичну особу, яка замовила медичну послугу для особистих потреб та/або звернулася за медичною допомогою у разі необхідності надання ургентної медичної допомоги. Пацієнт завжди є споживачем медичної послуги.

У системі адміністративних правовідносин існують адміністративні послуги, кінцевим набувачем яких є споживач. Незважаючи на те, що у Законі України «Про адміністративні послуги» не визначено термін «споживач» [309], в теорії адміністративних послуг виокремлюють суб'єкта – споживача адміністративних послуг [514, с. 7]. Тому співвідносити поняття «пацієнт» та «споживач» в адміністративно-правових відносинах у сфері охорони здоров'я цілком можливо. Варто зазначити, що адміністративні правовідносини у сфері охорони здоров'я спрямовані на отримання позитивного ефекту від управління цією сферою, що складається з сукупності задоволених приватних інтересів з охорони здоров'я. Тому ще раз наголосимо, що пацієнт в адміністративних правовідносинах є кінцевим набувачем медичних послуг, що стали результатом реалізації державної політики охорони здоров'я.

Пацієнт для отримання медичної послуги обов'язково звертається до закладу охорони здоров'я. Сьогодні відбувається зміна організаційної форми закладів охорони здоров'я, тобто перетворення більшої їх частини з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства, що є одним із напрямів медичної реформи [457, с. 209]. Заклад охорони здоров'я – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на

основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників (абз. 3 ст. 1 Закону № 2801-ХІІ) [270].

Характерними ознаками цього суб'єкта Л. І. Куц вважає те, що вони: 1) є закладами охорони здоров'я; 2) здійснюють медичне обслуговування населення; 3) мають відокремлене майно, самостійний баланс, рахунки в органі, що здійснює казначейське обслуговування бюджетних коштів, та печатку зі своїм найменуванням; 4) можуть отримувати бюджетні кошти відповідно до договору про медичне обслуговування населення [214, с. 67]. З цією характеристикою можна погодитися лише частково, оскільки вона була надана до проведення медичної реформи. Тому пропонуємо таку сучасну характеристику закладу охорони здоров'я: 1) це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми; 2) забезпечує медичне обслуговування населення; 3) діє на підставі ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників. Кожна з цих характеристик потребує свого роз'яснення [151, с. 152].

Заклади охорони здоров'я як юридичні особи будь-якої форми власності можуть створюватися у будь-якій організаційно-правовій формі. З цього випливає, що будь-який заклад охорони здоров'я є суб'єктом господарювання (ст. 55 Господарського кодексу України) [76]. Відповідно до Класифікації організаційно-правових форм господарювання, виокремлюють такі організаційно-правові форми: підприємства (приватне, державне, казенне, комунальне та ін.); господарські товариства (акціонерне товариство, товариство з обмеженою відповідальністю та ін.); кооперативи; організації (установи, заклади); органи державної влади; органи місцевого самоврядування; об'єднання громадян; об'єднання підприємств; відокремлені підрозділи без статусу юридичної особи; непідприємницькі підприємства, інші організаційно-правові форми [336]. У цьому класифікаторі не виокремлено особливості організаційних форм закладів охорони здоров'я. Отже, цей заклад може бути створено у будь-якій формі, включаючи підприємницькі та непідприємницькі підприємства. Законодавець розширив форми організації закладів охорони

здоров'я, що надає можливість вільно обирати вдалу форму організації закладу. Крім того, до системи охорони здоров'я можуть активно долучатися заклади приватної форми власності.

Заклади охорони здоров'я мають чіткий видовий поділ, визначений у Переліку закладів охорони здоров'я, затвердженому наказом МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385. Відповідно до цього Наказу заклади поділяються на: лікувально-профілактичні заклади (лікарняні заклади; однопрофільні, спеціалізовані, особливого типу лікарні; амбулаторно-поліклінічні заклади; заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги; санаторно-курортні заклади); санітарно-профілактичні заклади; фармацевтичні (аптечні) заклади: інші заклади (бюро судово-медичної експертизи; молочна кухня інші); заклади медико-соціального захисту (будинок дитини; обласний центр (бюро) медико-соціальної експертизи) [285]. Наведена класифікація вказує на розгалуженість закладів за напрямом надання відповідної медичної допомоги. Крім того, до закладів охорони здоров'я віднесені фармацевтичні заклади, бюро судово-медичної допомоги, будинок дитини. Тому зводити діяльність закладу охорони здоров'я виключно до надання медичної допомоги недоцільно, оскільки ці заклади забезпечують медичне обслуговування населення. У абз. 7 ч. 1 ст. 1 Закону № 2801-ХІІ визначено, що медичне обслуговування – це діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням [270]. Відповідно до цього можна поділяти заклади охорони здоров'я на дві групи: 1) заклади, що надають медичну допомогу (лікувально-профілактичні заклади та ін.); 2) заклади, що безпосередньо пов'язані з наданням медичної допомоги (фармацевтичні (аптечні) заклади, заклади медико-соціального захисту та ін.).

Серед закладів охорони здоров'я слід виокремлювати заклади, що надають первинну медичну допомогу. Надавач первинної медичної допомоги – заклад

охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми, в тому числі комунальні некомерційні підприємства або фізичні особи-підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням первинної медичної допомоги (абз. 1 п. 2 Порядку надання первинної медичної допомоги) [366]. Первинна медична допомога надається при першому зверненні пацієнта та передбачає визначення діагнозу захворювання, методики лікування або направлення особи до спеціалізованого закладу. Крім первинної медичної допомоги, виокремлюють такі види допомоги за місцем проживання (перебування) пацієнта: вторинна (спеціалізована) медична допомога, яка може надаватися в амбулаторних умовах; невідкладна та екстрена медична допомога; паліативна допомога, зокрема психологічна допомога; допомога у проходженні медичної реабілітації; виїзна (мобільна) консультативно-діагностична допомога (п. 10 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики) [219]. Тому цілком логічно заклади, що надають медичну допомогу, поділяти залежно від: 1) спеціалізації надання медичної допомоги (отоларингологічна лікарня, офтальмологічна лікарня, протитуберкульозний диспансер ін.); 2) виду допомоги за місцем проживання (перебування) пацієнта (надавач первинної, вторинної, паліативної допомоги тощо).

Поділ закладів охорони здоров'я на певні види має юридичне значення, оскільки у найменуванні закладу охорони здоров'я необхідно вказати назву закладу охорони здоров'я згідно з Переліком закладів охорони здоров'я, затверджених МОЗ України. Така вимога міститься у підп. 3 п. 12 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики) [219]. Наявність у назві закладу вказівки на його спеціалізацію є необхідною умовою забезпечення прав пацієнта/споживача, оскільки це виступає додатковою гарантією того, що назва закладу не зможе ввести в оману споживача медичної послуги.

Заклад охорони здоров'я як юридична особа діє на підставі власного статуту. Цей документ може формуватися самостійно юридичною особою і є обов'язковим для діяльності, оскільки у ч. 1 ст. 57 ГК України передбачено, що «установчими документами суб'єкта господарювання є рішення про його утворення або засновницький договір, а у випадках, передбачених законом, статут (положення) суб'єкта господарювання» [76]. При цьому якщо заклад охорони здоров'я є непідприємницьким комунальним підприємством, то він може брати за основу Примірний статут закладу охорони здоров'я – комунального некомерційного підприємства, затвердженого наказом МОЗ України від 30.08.2010 р. № 734 [382].

Проаналізувавши вказаний статут, можна зробити такі висновки: 1) заклад охорони здоров'я є комунальним унітарним некомерційним підприємством; 2) цей заклад є юридичною особою публічного права; 3) його мета – надання медичних послуг населенню в межах обслуговування адміністративно-територіальної одиниці відповідної територіальної громади; 4) підприємство може створюватися на підставі розпорядчого акта про створення підприємства або реорганізації закладу охорони здоров'я; 5) підприємство засновується на базі відокремленої частини комунальної власності; 6) заклад охорони здоров'я визначає вид медичної діяльності, що надається населенню відповідно до спеціалізації, наявності фахових спеціалістів; 7) підприємство самостійно здійснює діяльність та має самостійний баланс, рахунки в банках; 8) підприємство має власну структуру управління, контролю та нагляду. Якщо підприємство створено в іншій організаційно-правовій формі, то положення про примірний статут може ним не застосовуватися, а застосовується модельний статут згідно з ч. 4 ст. 56 ГК України [76]. Наприклад, можна використовувати Модельний статут товариства з обмеженою відповідальністю, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2011 р. № 1182 [253]. На відмінну від комунального підприємства, заклад охорони здоров'я має статус юридичної особи приватного права, що відображається на правовому статусі закладу. Підсумовуючи, зазначимо, що можливість

існування різних організаційно-правових форм при утворенні закладу охорони здоров'я надає можливість застосовувати різні форми статуту для цієї юридичної особи: примірний, модельний, звичайний.

Сучасне управління закладом охорони здоров'я спрямоване на поєднання професійних медичних знань та менеджменту управління. Для реалізації мети закладу керівнику необхідно чітко розуміти напрями розвитку медичних послуг, стан чинного законодавства, демографічну ситуацію у регіоні тощо, у зв'язку з чим покладати усі функції на головного лікаря закладу охорони здоров'я в умовах розвитку ринку медичних послуг вже недоцільно. На підставі таких тенденцій було прийнято наказ МОЗ України «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» від 31.10.2018 р. № 1977. У цьому наказі визначені наступні керівні посади закладу охорони здоров'я: 1) генеральний директор; 2) заступник генерального директора (директора)/начальника (завідувача) закладу охорони; 3) медичний директор; 4) начальник (завідувач, керівник) структурного підрозділу закладу охорони здоров'я [316].

Аналізуючи Наказ № 1977, можна стверджувати, що медична реформа торкнулась і підходів щодо формування системи управління закладом охорони здоров'я. Так, сформована дволанкова система управління, яка забезпечує проведення державної політики у сфері охорони здоров'я, фінансово-господарське управління закладом та надання пацієнтоорієнтованих послуг з медичного обслуговування населення з додержанням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Розмежування повноважень менеджменту та організації надання медичних послуг створює можливість виконувати якісні медичні послуги та формувати стратегію розвитку закладу охорони здоров'я.

Особливість діяльності закладів охорони здоров'я пов'язана з тим, що надання медичних послуг населенню можливе лише після отримання ліцензії. Для отримання дозвільного документа необхідна наявність фактичного існування ліцензійних умов. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики чітко визначають, яким вимогам має

відповідати будь-який заклад охорони здоров'я в Україні. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285 вони поділяються на організаційні, кадрові, технологічні. Так, організаційні вимоги визначають вимоги до локальних актів закладу (зокрема, наявність статуту, штатного розкладу, посадових інструкцій, клінічних маршрутів пацієнта, розроблених відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ України тощо); здійснення контролю за якістю ліків, медичного обладнання, надання медичних послуг; проведення атестації лабораторій; страхування працівників тощо. Кадрові вимоги обумовлені тим, що медичну допомогу повинні надавати особи, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ України. Інакше кажучи, лікарі та інші медичні працівники повинні мати медичну освіту, своєчасно проходити підвищення кваліфікації. Технологічні вимоги зводяться до того, що «медичні вироби та вироби медичного призначення повинні застосовуватися ліцензіатом лише у пристосованих приміщеннях, вимоги до яких визначені в інструкціях із застосування (паспорти) чи технічній документації; за функціональним призначенням та відповідно до вимог, визначених виробником в інструкції із застосування (паспорти) або технічній документації» [219]. Вказані вище ліцензійні вимоги щодо господарської діяльності з медичної практики підкреслюють, що заклад охорони здоров'я є спеціалізованою юридичною особою. Надавати медичну допомогу можуть лише заклади, які забезпечені медичними фахівцями, медичною технікою та мають ознаки медичного менеджменту управління. У ліцензійних вимогах чітко простежується те, що діяльність закладу побудована на наявності медичного менеджменту та можливості надання пацієнтоорієнтованих послуг.

Аналізуючи організаційно-правові форми, мету, структуру управління закладу охорони здоров'я, можна стверджувати, що співвідношення цього суб'єкта із владними повноваженнями абсолютно неможливе. Завдяки проведенню медичної реформи між закладами охорони здоров'я можна

очікувати конкуренцію щодо отримання державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Усі заклади в сучасних адміністративно-правових відносинах у сфері охорони здоров'я мають рівні умови надання медичної допомоги, зокрема, ліквідовані ймовірні переваги, що раніше надавалися державним, комунальним закладам охорони здоров'я. Такий стан рівності ще раз підкреслює виникнення та поступове формування ринкових відносин у медичній сфері.

Одним із наслідків проведення медичної реформи є зміна контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я. З цього приводу І. А. Селіванова вказує, що: «управління та контроль забезпечується: а) власником майна – шляхом затвердження статуту та фінансового плану, здійсненням контролю за збереженням майна, ефективністю діяльності підприємства, укладанням контракту з призначенням керівником, створеної наглядової ради, визначення представників у спостережну раду тощо; б) НСЗУ через механізм виконання договору про медичне обслуговування населення; в) громадськістю – шляхом участі у спостережній та наглядовій раді закладу охорони здоров'я; г) згідно з умовами договору про надання медичного обслуговування» [457, с. 210]. З наведеною системою контролю за закладом охорони здоров'я варто погодитися. При цьому в механізмі контролю за закладом виокремлюються суб'єкти, які не наділені владними повноваженнями, але мають право брати участь у правовідносинах з контролю у медичній сфері. Це спостережна рада закладу охорони здоров'я, а також Рада громадського контролю НСЗУ. Наведені ради є новими суб'єктами адміністративно-правових відносин у сфері управління охороною здоров'я, хоча і віднесені до суб'єктів громадського контролю. Тому їх правовий статус потребує окремого дослідження.

Наявність громадського контролю у будь-якій сфері діяльності органів державної влади є проявом громадського суспільства, що продовжує активно розвиватися в Україні. Вперше заснування системи громадського контролю у державі було започатковано в Концепції сприяння органами виконавчої влади розвитку громадянського суспільства, що діяла з 2007 р. до 2012 р. Основними

завданнями Концепції було сприяння: удосконаленню нормативно-правової бази з питань розвитку громадянського суспільства; впровадженню ефективного механізму налагодження комунікацій між органами виконавчої влади та зазначеними інститутами; створенню належних умов для розвитку інститутів; формуванню громадянської культури суспільства; розвитку волонтерського руху, благодійництва і меценатства [420]. Реалізація норм цієї Концепції надала можливість сформувати систему існуючого громадського контролю в різних сферах управлінської діяльності. Незважаючи на певні вади розвитку цього контролю (зокрема, відсутність примусу щодо виконання рішень органів громадського контролю, несистемність перевірок), він є перспективним напрямом контролю. У сучасних європейських країнах цей вид контролю забезпечує прозорість правовідносин між державою та суспільством. Завдяки медичній реформі громадський контроль з'явився в системі органів державної влади з управління охорони здоров'я, а також у вітчизняних закладах охорони здоров'я.

На рівні органів центральної виконавчої влади управління охорони здоров'я громадський контроль здійснюється Радою громадського контролю НСЗУ (далі – Рада). Правове регулювання діяльності Ради відбувається на підставі Закону № 2801-XII, Закону № 2168-VIII, постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання Ради громадського контролю при Національній службі здоров'я» від 28.03.2018 р. № 271 (далі – постанова № 271) [98]. Рада громадського контролю утворюється з метою забезпечення прозорості та громадського контролю за діяльністю Уповноваженого органу. Вона формується на засадах відкритого та прозорого конкурсу, у складі п'ятнадцяти осіб, які переобираються кожні два роки (ч. 2 ст. 7 Закону № 2168-VIII) [320]. Уповноваженим органом, за яким здійснюється громадський контроль, є НСЗУ. Особливість цієї Ради полягає у тому, що вона замінює державний контроль, котрий надає можливість викривати корупційні схеми, у яких можуть брати участь різні державні органи.

Порядок формування Ради визначений у постанові № 271. У ч. 3 ст. 7 Закону № 2168-VIII, визначено осіб, які не можуть входити до складу Ради. Це свідчить про те, що законодавець підходить до питання формування цього органу з точки зору презумпції зацікавленості у корупційних діях, адже вказує лише на осіб, які не можуть брати участі у складі Ради. Йдеться про осіб, уповноважених на виконання функцій держави або місцевого самоврядування, або осіб, які є членом органів управління та/або володіють прямо чи опосередковано підприємствами або корпоративними правами суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність з медичної практики тощо (ч. 3 ст. 7 Закону № 2168-VIII) [320].

Раду НЗСУ можна охарактеризувати як орган громадського контролю. Утім брати участь у її діяльності не може будь-яка бажаюча особа, оскільки, згідно з п. 7 постанови № 271, «пропозиції щодо кандидатур для участі в конкурсі подаються громадськими об'єднаннями, статутна діяльність яких пов'язана із задоволенням та захистом прав і свобод пацієнтів, сприянням розвитку медицини, наданням медичних послуг, обігом лікарських засобів та іншими суспільними відносинами щодо надання медичних послуг (далі – громадські об'єднання)» [98]. Такий підхід вказує, що членом Ради може бути особа, яку висовує відповідна громадська організація, самостійного висунування до цього органу не передбачено.

Члени Ради обираються на підставі проведення конкурсу, що оголошується на веб-сайті НЗСУ. В оголошенні зазначається дата і час проведення рейтингового Інтернет-голосування, електронна адреса для листів з інформацією про кандидатів, інші організаційні відомості. Після розміщення необхідної інформації на веб-сайті НЗСУ проводиться рейтингове голосування протягом 24 годин. Результат конкурсу оголошує НЗСУ.

Слід зазначити, що в діяльності Ради НЗСУ простежуються всі цілі, властиві будь-якому виду громадського контролю, які «спрямовані на те, щоб: привернути увагу органів влади та громадськості до значущої проблеми і стимулювати її рішення; усунути зловживання, порушення законодавства;

контролювати дотримання прав людини; підвищити якість послуги, якість роботи чиновників» [79, с. 18].

Для реалізації покладених на Раду завдань члени Ради обирають Голову та Секретаря, які працюють на безоплатній основі на громадських засадах. Відсутність оплати праці членам громадського контролю слід розглядати як аспект загрози прозорості цього органу, оскільки відомо, що одним із напрямів боротьби з корупцією є підвищення заробітної плати працівникам міністерств та іншим центральним органом. Тому питання безоплатної праці працівників громадського контролю вважаємо одним із перспективних для обговорення у межах дослідження громадського контролю.

Рада НСЗУ проводить свою роботу у формі засідань. В них беруть участь члени Ради, які відкрито голосують з усіх питань. Будь-яке рішення оформлюється протоколом. Варто звернути увагу, що відсутність інших форм оформлення рішень Ради цілком відповідає змісту громадського контролю, що полягає у наданні рекомендацій та інформуванні громадськості. В цьому і проявляється основна відмінність громадського контролю від державного, під час якого приймається рішення, що забезпечується державним примусом. Громадський контроль НСЗУ не може примусити державний уповноважений орган до певних дій.

Крім Ради НСЗУ у системі суб'єктів адміністративно-правових відносин, які не наділені владними повноваженнями, варто виокремити спостережні ради закладу охорони здоров'я. Порядок формування спостережної ради закладу охорони здоров'я визначений у постанові Кабінету Міністрів України «Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я» від 27 грудня 2017 р. № 1077 (далі – постанова № 1077). Спостережні ради можуть утворюватися в державних, комунальних та приватних закладах. Правове положення спостережної ради у приватних закладах визначається у статутах та положенні про спостережну раду. Щодо державних та комунальних закладів, то цей орган утворюється згідно із постановою № 1077.

Склад спостережної ради врегульовано у п. 3 постанови № 1077: «спостережна рада, що утворюється при закладі охорони здоров'я державної або комунальної форми власності, складається з: одного представника власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу); представників структурних підрозділів з питань охорони здоров'я та соціального захисту населення місцевої держадміністрації та/або виконавчого органу відповідної місцевої ради - від однієї до чотирьох осіб; депутатів місцевих рад (за згодою) - від однієї до двох осіб; представників громадськості та громадських об'єднань, діяльність яких спрямована на захист прав у сфері охорони здоров'я, організацій, що здійснюють професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я та/або у сфері запобігання корупції (за згодою), - від однієї до восьми осіб (по одному представнику)» [416]. Формування спостережної ради відбувається на підставі рішення власника закладу охорони здоров'я, який повідомляє про це органам управління охорони здоров'я місцевого самоврядування та/або державної адміністрації. Інформація про конкурс на посади членів спостережної ради розміщується на веб-сайті закладу охорони здоров'я. Після цього проводиться рейтингове голосування, що здійснюється комісією закладу.

Як і Рада НСЗУ, ця спостережна рада у своїй структурі має голову, секретаря та членів ради. Голова організовує діяльність ради спостережної ради та несе за це персональну відповідальність. До повноважень спостережної ради відноситься: формування пропозицій щодо розвитку закладу охорони здоров'я та закупівлі медичного обладнання, контроль за якістю медичного обслуговування населення, розгляд питань фінансово-господарської діяльності закладу тощо. Всі рішення спостережної ради обов'язково доводяться до відома власника закладу охорони здоров'я, оприлюднюються на офіційному веб-сайті закладу.

Крім суб'єктів громадського контролю, у закладах охорони здоров'я можуть утворюватися опікунські ради. Така рада є консультативно-дорадчим органом, що може здійснювати громадський нагляд за закладом охорони

здоров'я. Вона здійснює свою діяльність згідно з наказом МОЗ України «Про затвердження Примірного положення про опікунську раду при закладі охорони здоров'я» від 23.07.2014 р. № 517.

Утворюється опікунська рада на підставі рішення керівника закладу охорони здоров'я в кількості п'ятнадцяти членів строком на три роки. Кандидатури до складу Опікунської ради мають право пропонувати працівники закладу охорони здоров'я, керівник закладу охорони здоров'я, діючі члени Опікунської ради (у разі наявності), громадські об'єднання та організації, а також інші суб'єкти, передбачені у п. 4 розділу III Примірного положення про опікунську раду при закладі охорони здоров'я) [381]. На Опікунську раду покладаються такі завдання: сприяти діяльності закладу охорони здоров'я, брати участь у плануванні діяльності закладу, залучати благодійні кошти, здійснювати громадський нагляд за коштами благодійної допомоги та інші, передбачені у п. 1 розділі II положення. Аналізуючи завдання опікунської та спостережної ради, можна зробити висновок, що опікунська рада здійснює діяльність у напрямі залучення благодійних внесків до закладу охорони здоров'я. Водночас спостережна рада більш спрямовує свою діяльність на реалізацію громадського контролю.

Підсумовуючи дослідження суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері управління охорони здоров'я, які не наділені владними повноваженнями, варто визначити, що до них відносяться пацієнти, заклади охорони здоров'я, Рада громадського контролю НСЗУ, спостережна та опікунська рада закладу охорони здоров'я. Кожен з цих суб'єктів виконує самостійні функції у правовідносинах у сфері управління охороною здоров'я. Так, пацієнт є обов'язковим суб'єктом цих правовідносин, оскільки на задоволення його інтересів з отримання якісних медичних послуг спрямовується вся діяльність органів у сфері управління охороною здоров'я; він є споживачем медичних послуг. Заклад охорони здоров'я також є обов'язковим суб'єктом вказаних правовідносин, що обумовлено його статусом як виконавця медичної послуги. Спостережна та опікунська рада закладу

охорони здоров'я, а також Рада громадського контролю НСЗУ є додатковими суб'єктами у правовідносинах з управління охорони здоров'я, оскільки вони виконують функції підтримання прозорості та якості надання медичних послуг.

Проведене дослідження у цьому підрозділі дисертації дозволяє запропонувати такі висновки. Доведено, що адміністративні правовідносини у сфері охорони здоров'я виникають не внаслідок звернення пацієнта, а з моменту задоволення публічного інтересу у побудові системи управління охорони здоров'я. Така побудова призводить до того, що пацієнт не отримує первинність статусу, в адміністративних правовідносинах він є кінцевим суб'єктом – отримувачем ефекту управляючої діяльності публічних органів у сфері охорони здоров'я.

Запропоновано авторське визначення поняття «пацієнт», під яким розуміється фізична особа, яка замовила медичну послугу для особистих потреб та/або звернулася за медичною допомогою у разі необхідності надання ургентної медичної допомоги. Пацієнт завжди є споживачем медичної послуги.

Обґрунтована доцільність поділу закладів охорони здоров'я на дві групи: 1) заклади, що надають медичну допомогу (лікувально-профілактичні заклади ін.); 2) заклади, що безпосередньо пов'язані з наданням медичної допомоги (фармацевтичні (аптечні) заклади, заклади медико-соціального захисту та ін.). Заклади, що надають медичну допомогу, поділяти залежно від: 1) спеціалізації надання медичної допомоги (отоларингологічна лікарня, офтальмологічна лікарня, протитуберкульозний диспансер та ін.); 2) виду допомоги за місцем проживання (перебування) пацієнта (надавач первинної, вторинної, паліативної допомоги та ін.).

Характерними властивостями закладу охорони здоров'я є такі: існування різних організаційно-правових форм при утворенні закладу охорони здоров'я; можливість застосування різних форм статуту закладу (примірний, модельний, звичайний); існування дволанкової системи управління закладу охорони здоров'я, яка забезпечує проведення державної політики у сфері охорони здоров'я, фінансово-господарське управління закладом та надання

пацієнтоорієнтованих послуг з медичного обслуговування населення з додержанням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я; наявність ліцензії. Ліцензування медичної практики здійснює МОЗ України на підставі відповідності ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики суб'єкта господарювання (організаційним, кадровим, технологічним).

2.4. Об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні

Об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні є однією зі складних тем у дослідженні елементів структури цих правовідносин, оскільки у теорії адміністративного права є різні підходи до визначення об'єкта адміністративних правовідносин, що безпосередньо відбивається на розумінні об'єкта спеціальних адміністративних правовідносин. Для визначення об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я необхідно дослідити та окреслити власну думку щодо цієї правової категорії.

Загальне розуміння об'єкта правовідносин ґрунтовно викладено у дисертаційному дослідженні О. В. Єрмолаєвої, яка запропонувала таку класифікацію об'єктів правовідносин: 1) залежно від фізичних характеристик об'єкта (рід, дія, результат); 2) за ступенем складності (прості, складні); 3) залежно від наявності об'єкта у правовідносинах (об'єктні: об'єкт є завжди і в усіх відносинах, безоб'єктні (об'єкта немає) [116, с. 143]. Дослідниця також підкреслює, що об'єкт правовідносин має прямий зв'язок з інтересом, оскільки суб'єкти правовідносин вступають у правовідносини за наявності заінтересованості [116, с. 10]. Враховуючи думку вченої, необхідно визначити, що об'єкт правовідносин за фізичними характеристиками може бути різним: рід, дія, результат діяльності. Основною ознакою, що об'єднує різні об'єкти за

фізичними властивостями, є те, що вони є благом для суб'єкта, тобто завжди представляють певну цінність, викликають інтерес. Учасник правовідносин намагається отримати позитивний результат в оволодінні конкретного блага. При цьому його дії щодо об'єкта базуються на інтересі. Отже, при визначенні об'єкта правовідносин необхідно його розуміти як благо, на яке спрямована заінтересована діяльність суб'єктів правовідносин.

В юридичній науці щодо об'єкта правовідносин й досі точиться дискусія навколо питання співвідношення об'єкта правовідносин та об'єкта прав. Вважаємо, що при дослідженні об'єкта будь-яких правовідносин, необхідно чітко визначатися з приводу вказаної проблематики, адже від цього залежить подальша побудова відповідного об'єкта. Тому в існуючій полеміці слід підтримати думку О.Є. Аврамової, яка вказує, що «об'єкт прав – це незалежна правова дефініція, котра існує поза правовідношенням. Виникнення правовідношення є початковою стадією в механізмі динаміки правовідношення, що розвивається за лінійним або нелінійним алгоритмом. При цьому об'єкт прав є включеним елементом у динамічну систему правовідношення. Це включення перетворює пасивну категорію «об'єкт прав» у динамічну – «об'єкт правовідношення»» [3, с. 104]. Дійсно, об'єкт прав може існувати поза правовідносинами та інтересами суб'єктів. Утім фактично цей об'єкт існує у статичному стані у вигляді певного блага, має власний правовий статус та щодо нього можуть виникати суб'єктивні права й обов'язки. З моменту включення блага у систему правовідносин змінюється його правовий режим. Воно вже характеризується наявністю суб'єктивної зацікавленості суб'єктів, що спрямовується на об'єкт. З цього моменту об'єкт прав втрачає самостійний статус та розглядається з точки зору характеристики елемента конкретно визначеного правовідношення.

Об'єкт правовідносин має зв'язок з конкретними правовідносинами, у структуру яких він включається. Так, одне і те ж благо може бути об'єктом різних за правовою природою правовідносин (наприклад, цивільних та адміністративних). Залежно від виду правовідносин буде визначатися правове

регулювання та правовий режим об'єкта [178, с. 67–68]. Від виду правовідносин залежить і характеристика об'єкта. Така властивість об'єкта, як включення його у товарообіг, більш характерна для галузей приватного права. Для адміністративного права первинною буде управлінська діяльність щодо об'єкта. Тому об'єкт повинен розглядатися з точки зору включення його в систему управління держави.

Думка, що об'єднує різні підходи до об'єктів публічних та приватних правовідносин, була висловлена В. В. Копейчиковим. Науковець вказував, що «об'єкти правовідносин є реальними соціальними благами, які задовольняють інтереси й потреби людей і з приводу яких між суб'єктами виникають, змінюються чи припиняються суб'єктивні права та юридичні обов'язки» [302, с. 107]. Наведене визначення є близьким до розуміння об'єкта адміністративного права, оскільки вказує на таку його властивість як соціальність та реальність блага. Реальність блага вказує на його фактичне існування у правовідносинах (благо може бути в об'єктивній формі речі, результаті роботи, дії). Крім того, ця якість об'єкта вказує на його цінність як для окремої людини, так і для суспільства. Щодо соціальної характеристики об'єкта правовідносин, то вона вказує на його соціальне значення (використання об'єкта можливе та допустиме в суспільстві).

С. О. Сліпченко описує такі теорії об'єкта: 1) моністична (у межах якої існують концепції об'єкт – річ, яка обмежена матеріальним світом; поведінкова концепція об'єкта, тобто об'єктом вступає поведінка суб'єкта); 2) правового режиму об'єкта, що зводиться до характеристик явища об'єктивної дійсності; 3) об'єкта – блага, що визначає об'єкт як матеріальне та нематеріальне благо [470, с. 167, 168]. Наявність різних теорій щодо виявлення природи об'єкта правовідносин надає можливість моделювати поняття об'єкта залежно від спрямованості правовідносин, їх реальності та суспільного значення. Тому і позиції дослідників щодо визначення об'єкта, зокрема об'єкта адміністративних правовідносин, є різними, мають нетотожне обґрунтування. У цьому полягає проблемність визначення поняття об'єкта. Як було визначено, за

методологією логіки дослідження від загального до спеціального, виявлення об'єкта адміністративних правовідносин з охорони здоров'я можливе лише через розуміння об'єкта адміністративних правовідносин. Тому проаналізуємо різні точки зору, висловлені щодо цього поняття.

В. Д. Фіночко вказує, що об'єктом адміністративно-правових відносин виступає поведінка учасників управлінських відносин [5, с. 44]. У цьому понятті проявляється поведінкова концепція об'єкта у межах моністичної теорії. Вчений визначає об'єкт як поведінку. Утім вважаємо, що зводити об'єкт адміністративних правовідносин до дій є не зовсім доцільно, оскільки дії – це реалізація суб'єктивних прав та обов'язків, що складають зміст правовідносин. Іншу теорію об'єкта – теорію об'єкта-блага – відстоює М. Русін, який висловлює думку, що об'єктом адміністративних правовідносин виступає матеріальне чи нематеріальне благо, на використання чи охорону якого спрямовується компетенція учасників адміністративних правовідносин [450, с. 183]. Наведений підхід більш відповідає цивілістичній традиції розуміння об'єкта, але він цілком допустимий і до адміністративних правовідносин. Можливість визначати об'єкт адміністративних правовідносин через розуміння блага пов'язана також з тим, що серед нематеріальних благ і цінностей виокремлюють: особисті немайнові блага (життя, здоров'я); послуги (результати у сфері охорони здоров'я); результати наукової, творчої діяльності; загально соціальні блага і цінності (національна безпека тощо) [204, с. 433]. Дійсно нематеріальні блага можуть виступати у вигляді національної безпеки (це стосується і сфери охорони здоров'я), результатів управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я, медичних послуг. Тобто теорія «блага» надає можливість розглядати об'єктом конкретно визначений результат управлінської діяльності. При цьому думка М. Русина, що на використання чи охорону блага спрямовується компетенція учасників адміністративних правовідносин, не відповідає концептуальному розумінню адміністративних правовідносин, які передбачають управління благом, а не його використання.

До проблеми визначення об'єкта адміністративних правовідносин звертався Д. М. Бахрах, на думку якого об'єктом є вольова поведінка щодо впливу на предмети та процес матеріального світу, інформацію, продукти духовної діяльності [27, с. 40–41]. Схожу позицію висловлює В. Д. Фіночко [5, с. 44], який вважає, що об'єктом адміністративних правовідносин є поведінка суб'єкта. Утім Д. М. Бахрах визначає особливість об'єкта, що полягає у вольовій поведінці, яка впливає на предмети та процеси. Отже, вчений уточнює, що це незвичайна діяльність, а вплив на процеси та предмети, які знаходяться у матеріальному світ [27, с. 40–41]. Тобто наявності однієї ознаки у вигляді поведінки суб'єкта управління недостатньо, вона повинна доповнюватися ознакою у вигляді результату дії.

Близькою до концепції об'єкта-блага є концепція інтересу. Її представник В. В. Галуцько, пропонує розглядати об'єкт як те, на що спрямовані інтереси учасників, з приводу чого останні вступають в адміністративно-правові відносини [9, с. 56]. Думка вченого базується на тому, що публічний інтерес є невід'ємною складовою адміністративно-правових відносин та може виступати змістом адміністративно-правових відносин [10, с. 23]. Наявність інтересу в адміністративних правовідносинах не викликає сумніву. Безумовно, суб'єкти вступають у правовідносини лише за наявності інтересу, оскільки саме він обумовлює виникнення волі та волевиявлення учасників щодо вступу в правовідносини. Відсутність інтересу може вказувати на наявність примусу щодо вступу у правовідносини, тому інтерес є необхідним елементом мотивації суб'єкта. Отже, можна стверджувати, що думка В. В. Галуцька щодо об'єкта адміністративних правовідносин є частково не повною та не визначає у повній мірі об'єкт адміністративних правовідносин.

Як висновок зауважимо, що у теорії адміністративного права відсутнє єдине розуміння такої фундаментальної категорії, як об'єкт адміністративних правовідносин. За допомогою методу синтезу та аналізу можливо об'єднати різні підходи до об'єкта адміністративних правовідносин та виокремити серед них єдині елементи та розбіжності. Це є поєднанням моністичної теорії та теорії

блага щодо об'єкта. З одного боку, об'єктом є нематеріальне благо у вигляді результату управління, яке є проявом впливу на предмети та процеси матеріального світу. З іншого – об'єктом є благо, що стало результатом управлінської поведінки суб'єктів у межах реалізації публічного інтересу. Вважаємо неможливим зводити об'єкт адміністративно-правових відносин виключно до розуміння блага, оскільки у такому разі втрачається мета цих правовідносин – управління державними процесами. В об'єкті адміністративних правовідносин простежується реалізація поведінки учасників відносин управління і тому при характеристиці об'єкта обов'язково вказується на наявність поведінки суб'єктів управління. Однак і одного елемента у вигляді поведінки для об'єкта адміністративних правовідносин недостатньо. Тому розуміння об'єкта адміністративних правовідносин має ґрунтуватися на синтезі підходів до об'єкта як до блага, так і до поведінки. На думку автора цього дослідження, об'єкт адміністративних правовідносин – це результат управлінської діяльності щодо реалізації публічного інтересу державної політики управління. Результат є завжди благом, на яке спрямовано інтерес (у випадку адміністративних правовідносин – це публічний інтерес), що виникає внаслідок реалізації управлінської поведінки суб'єктів. Без наявності управлінської діяльності неможливо отримати благо у вигляді результату управління. У матеріальному світі результат управління відбивається на виникненні, зміні, припиненні певних процесів, діяльності, регулюванні відносин, створенні нових продуктів тощо [178, с. 67].

З'ясування об'єкта адміністративних правовідносин надає можливість перейти до визначення спеціального поняття – об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. При дослідженні цього поняття виникає також проблема його співвідношення з об'єктом медичних правовідносин. Зауважимо, що повноцінне розв'язання питання співвідношення медичних приватних правовідносин та публічних правовідносин управління у сфері охорони здоров'я неможливо без порівняльного аналізу об'єкта цих правовідносин.

Дослідники медичного права зауважують, що складність медичних правовідносин зумовлюється їх складним об'єктом. У загальному вигляді об'єктами медичних правовідносин є особисті немайнові блага людини (життя і здоров'я), процес надання і результат медичної допомоги [488, с. 16]. Таке розуміння об'єкта медичних правовідносин характерне для цивільного права, відповідно до якого об'єкт завжди є майновим або немайновим благом. В медичних правовідносинах обов'язково присутній об'єкт у вигляді таких немайнових благ, як життя і здоров'я людини та результат медичної допомоги. Вказаний підхід до об'єднання немайнових благ людини та медичних послуг передбачає широке розуміння визначення об'єкта медичних правовідносин.

Інший підхід, за яким поняття медичних правовідносин розуміється більш вузько, пропонує С. Б. Булеца. Вчена зазначає, що об'єктом медичних правовідносин буде медична послуга, оскільки вона є соціальним благом, отримання якого спонукає громадянина звернутися за допомогою до медичної установи. Медична послуга є медичною допомогою певного виду і обсягу [46, с. 252]. У запропонованому визначенні медична допомога зводиться до медичної послуги, як блага, що спрямовується на підтримання життя та здоров'я людини. Тобто послуга охоплює всі можливі різновиди об'єктів. Позицію С. Б. Булеци поділяє С. В. Михайлов, який доводить, що об'єктом медичних правовідносин є медична послуга, котра є «професійною діяльністю медичних закладів (організацій) чи фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною медичною практикою, відповідно до існуючих медичних стандартів, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я у вигляді медичного втручання, потенціальним результатом якого є поліпшення загального стану чи функціонування окремих органів або систем організму людини, а також (або) досягнення певних естетичних змін зовнішності» [247, с. 7]. Уточнюють об'єкт медичних послуг О. В. Оніщенко та О. В. Корчевська, які стверджують, що «особливий об'єкт, на який спрямована діяльність з надання медичних послуг, – організм людини, і, відповідно, особлива мета послуги – відновлення і підтримання здоров'я людини» [268, с. 223]. Наведені

думки дослідників щодо об'єкта медичних правовідносин повністю відповідають ст. 177 ЦК України [535], що відносить послугу до об'єктів цивільних прав.

Отже, у викладених позиціях науковців об'єкт медичних правовідносин характеризується як простий об'єкт, що не поєднує у своїй структурі декілька об'єктів. Таке вузьке розуміння об'єкта медичних правовідносин не враховує того, що медичні правовідносини за своєю природою є складними, оскільки охоплюють правовідносини з надання медичної допомоги, організації лікарняної справи, здійснення підприємницької діяльності у медичному секторі тощо. Утім вузьке розуміння об'єкта медичних правовідносин можливе, якщо медичні правовідносини розглядати виключно як відносини між пацієнтом і лікарем. Такий цивільно-правовий підхід до розв'язання цього питання має право на існування, але його обмеженість не надає можливості використовувати його при визначенні об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я [178, с. 68].

Більш широкий погляд на об'єкт медичних правовідносин пропонує І. Я. Сенюта. Вчена підкреслює, що цивільні правовідносини у сфері надання медичної допомоги є складними, тому слід розглядати не об'єкт, а об'єкти різних правовідносин, зокрема, «об'єктом правовідносин з організації надання медичної допомоги є діяльність (дії) суб'єкта, який провадить господарську діяльність з медичної практики; об'єктами правовідносин з надання медичної допомоги – особисті немайнові блага; медична допомога, медична послуга, медичне обслуговування (у вузькому значенні, яке збігається з правовим явищем «медична допомога»); об'єктами інформаційних правовідносин – дії уповноважених осіб закладу охорони здоров'я або фізичної особи – підприємця, яка провадить господарську діяльність з медичної практики, немайнові блага» [459, с. 9]. Аналізуючи наведений підхід до розуміння об'єкта, варто звернути увагу, що дослідниця описує не об'єкт медичних правовідносин, а більш вузький об'єкт – об'єкт у сфері надання медичної допомоги. При цьому надання медичної допомоги може входити у медичну

послугу, яка охоплює елементи різних правовідносин: цивільних, господарських, інформаційних, податкових. Безумовно, якщо розглядати медичну послугу як об'єкт медичних правовідносин, то можна виділяти не лише один об'єкт, а й декілька об'єктів декілька об'єктів [178, с. 68].

Р. А. Майданик зазначає, що поняття «медична послуга» є ширшим, ніж «медична допомога», хоча термін «медична допомога» може входити до складу розуміння поняття «медичної послуги» [228, с. 103]. Дійсно, «медична послуга» є більш широким поняттям, цей висновок випливає із аналізу абз. 5 ч. 1 ст. 3 Закону № 2801-ХІІ: «медичне обслуговування – діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням» [270]. Тобто діяльність закладів охорони здоров'я пов'язана із наданням медичної допомоги, діяльністю, пов'язаною із клінічними випробуваннями лікарських препаратів, профілактичною діяльністю тощо. Наведене є широким розумінням поняття медичної послуги, визначення якої, зокрема, пропонує А. А. Герц: «це визначена договором або законом дія чи комплекс дій медичної установи (лікаря) – послугодавців, спрямована на діагностику, лікування або профілактику лікування захворювання, які є самостійним виокремленим об'єктом і мають вартісну оцінку» [65, с. 13].

Аналізуючи різні підходи щодо розуміння об'єкта медичних правовідносин, слід зауважити, що проблемність наведених вище підходів полягає у відсутності теоретичного обґрунтування поняття послуги. Зокрема, у науковій літературі чітко не визначено зміст медичної послуги, зокрема, це дія, результат дії чи їх сукупність? Наведене питання особливо важливо враховувати саме у медичних правовідносинах, їх антропологічному розумінні. Як уже зазначалося вище, у приватних медичних правовідносинах первинним суб'єктом є пацієнт, із задоволення потреб якого починаються медичні правовідносини. Так, первинним правопороджуючим юридичним фактом

медичних правовідносин буде звернення пацієнта до лікаря. Тому при визначенні медичної послуги варто керуватися саме інтересами та потребами пацієнта. У зв'язку з цим постає питання: що є більш важливим для пацієнта – негайне реагування на його звернення з боку співробітників закладу охорони здоров'я чи результат у вигляді одужання? З точки зору охорони індивідуального здоров'я інтерес спрямовується на отримання результату у вигляді одужання. При цьому для особи не має особливого значення, якими методами лікування, діагностики, профілактики це буде досягатися. З наведеного випливає, що об'єктом медичних правовідносин є результат діяльності з медичного обслуговування пацієнта. Наведене, безумовно, є авторською думкою з приводу визначення об'єкта приватних медичних правовідносин. Однак вказаний об'єкт потребує свого подальшого осмислення та дослідження в юридичній науці [178, с. 68].

При визначенні об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я необхідно враховувати те, що у медичних правовідносинах існують як приватні, так і публічні правовідносини¹. На це звертає увагу Р. А. Майданик, зазначаючи, що приватні медичні правовідносини існують у формі зобов'язання про надання медичних послуг, які побудовані на засадах рівності [229, с. 53]. Щодо публічних медичних правовідносин, то вчений оминув це питання. Безумовно, слід чітко розмежовувати вказані два види правовідносин, оскільки вони мають різні засади, методологію та спрямованість. Публічні правовідносини у сфері охорони здоров'я побудовані на імперативності, вони спрямовані на охорону громадського здоров'я. І. Я. Сенюта справедливо пропонує розуміти під охороною громадського здоров'я «систему заходів, спрямованих на профілактику та контроль захворюваності, оптимізацію демографічних показників, забезпечення біологічної та генетичної безпеки крізь призму формування ціннісно орієнтованої державної політики, яка б слугувала подоланню проблем зі

¹ Питанню співвідношення індивідуального та публічного інтересу в медичних правовідносинах автором цього дослідження присвячена окрема публікація [161].

здоров'ям, об'єднуючи зусилля органів влади, юридичних осіб публічного і приватного права, фізичних осіб і суспільства загалом» [459, с. 8–9]. Наведене вказує на предмет діяльності органів управління охорони здоров'я. Наявність самостійних публічних правовідносин у сфері охорони здоров'я потребує визначення їх об'єкта. Це можливо за допомогою синтезу розглянутих вище наукових підходів до об'єкта адміністративно-правових відносин та медичних приватних правовідносин. Поєднання цих позицій можливе у зв'язку з тим, що загальне визначення об'єкта адміністративних правовідносин повинно пронизувати всі спеціальні об'єкти у галузі адміністративного права. При цьому специфіку цих правовідносин можливо виявити через тлумачення, розуміння медичних приватних правовідносин, які визначають сферу управлінського впливу, предмет управлінської діяльності [178, с. 68].

При аналізі елементів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я було визначено, що об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – це результат управління у вигляді отримання позитивного ефекту внаслідок реалізації публічного інтересу щодо охорони здоров'я у державі у формі діяльності суб'єктів у сфері охорони здоров'я. Запропоноване поняття базується на концепції об'єкта блага та поведінки. Цей об'єкт має власну специфіку, оскільки існує у межах правовідносин з управління охороною здоров'я.

Напрямок управління охороною здоров'я набуває особливої актуальності як на рівні кожної окремої держави, так і на міжнародному рівні. Так, Всесвітня організація охорони здоров'я зазначає важливість розвитку напряму державного управління охорони здоров'я, оскільки підтримання громадського здоров'я можливе лише шляхом зміцнення системи управління у сфері охорони здоров'я, профілактики захворювань, ефективним управлінням клінічним обслуговуванням [559, с. 6]. При цьому управління охороною здоров'я є мультидисциплінарною діяльністю, що охоплює діяльність лікарів, неклінічних епідеміологів, учених, психологів, фахівців із соціальних та економічних питань, менеджерів управління [556, с. 346]. Сфера управління охороною

здоров'я зводиться до впливу на формування, підтримання громадського здоров'я. Тому постає питання щодо можливості віднесення охорони громадського здоров'я до об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, яке слід дослідити [178, с. 68].

У Законі № 2801-ХІІ такі терміни, як «охорона громадського здоров'я», «громадське здоров'я» не визначені. Ці терміни використовуються у «Європейському плані дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я» 2012 р. Після прийняття цього плану дій в Україні розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р було схвалено Концепцію розвитку системи громадського здоров'я, де система громадського здоров'я визначена «як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства» [197]. Система громадського здоров'я може розумітися як ключовий аспект ширшої системи охорони здоров'я і може відігравати важливу роль у збільшенні ефективності та результативності роботи системи охорони здоров'я [469, с. 24]. Функції з державного управління громадським здоров'ям покладено на Центр громадського здоров'я МОЗ України [423].

Виходячи з викладеного, можна зробити висновок, що об'єктом державного управління виступає громадське здоров'я, яке представляє собою сукупність здоров'я усього населення держави. При цьому варто розмежовувати поняття «система громадського здоров'я» та «громадське здоров'я». У першому випадку – це система менеджменту управління охороною здоров'я в державі, у другому – це немайнове публічне благо. Крім того, громадське здоров'я може розглядатися як умова національної безпеки. І. А. Кланца, підкреслює, що громадське здоров'я характеризує певний стан суспільства, який визначає рівень його спроможності щодо реалізації біологічних та соціальних функцій, які забезпечують життєдіяльність громадян,

а тому є умовою національної безпеки держави [144, с. 108]. Отже, громадське здоров'я може розглядатися у різних аспектах. В межах дисертації необхідно розглянути громадське здоров'я як благо [178, с. 69].

Громадське здоров'я може розглядатися як немайнове благо, що не має економічної цінності та діє безстроково. Воно є сукупністю здоров'я усіх фізичних осіб, що проживають на території держави. Р. О. Стефанчук доводить, що «здоров'я» як немайнове благо повинно охоплюватись наявним соматичним та психічним станом життєдіяльності організму, який визначається системою якісних та кількісних медичних показників» [482, с. 159]. О. В. Сідей вказує, що об'єктом права на здоров'я виступає немайнове благо: «здоров'я фізичної особи» [466, с. 59]. Н. О. Тюхтій також відносить здоров'я до особистих немайнових благ фізичної особи [519, с. 212]. З наведеного можна зробити висновок, що здоров'я є немайновим благом особи, яке охороняється законом. При розгляді громадського здоров'я можна зробити висновок, що воно як сукупність індивідуального здоров'я представляє собою благо, яке не має економічного змісту, не може брати участі в економічному обігу, має соціальну цінність. На нього спрямовується управлінська діяльність суб'єктів охорони здоров'я. Крім того, громадське здоров'я є об'єктом охорони з боку органів управління, оскільки завдання органів охорони здоров'я спрямовуються на підтримку громадського здоров'я шляхом здійснення санітарно-профілактичних заходів, наукових досліджень хвороб, проведення дезінфекцій тощо [178, с. 69].

Управлінська діяльність щодо громадського здоров'я дозволяє його виділити як окремий об'єкт у сфері охорони здоров'я. Деякі автори визначають, що основним об'єктом управління сферою охорони здоров'я є стан населення, передусім його чисельність, віковий та статевий склад, показники народжуваності й смертності [91, с. 10]. З такою думкою можна погодитися лише частково, оскільки стан населення, його показники здоров'я є елементом широкого розуміння громадського здоров'я як блага. Інші дослідники управління у сфері охорони здоров'я визначають громадське здоров'я як об'єкт

соціальної політики держави [90, с. 14]. Такий підхід до розуміння громадського здоров'я слід підтримати, оскільки соціальна політика держави спрямована на підвищення якості життя людини, а отже і загалом громадського здоров'я. Громадське здоров'я як об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я є немайновим благом, що характеризує здоров'я усіх фізичних осіб у державі [178, с. 69].

При визначенні об'єкта адміністративно-правових відносин слід враховувати, що на нього спрямований публічний інтерес. Якщо припустити, що об'єктом цих відносин є громадське здоров'я, то публічний інтерес спрямований безпосередньо на його підтримання, розвиток та покращення. В. М. Сирих указує, що «об'єктивний публічний інтерес сучасного суспільства полягає в тому, щоб, діючи згідно з соціальними закономірностями, забезпечити виробництво матеріальних і духовних благ у розмірі, що дозволяє максимально повно задовольняти потреби в них усіх і кожного і забезпечувати умови для безперешкодної реалізації особистістю своїх творчих здібностей» [501, с. 28]. Виходячи з цього, можна стверджувати, що публічний інтерес щодо громадського здоров'я є і в суспільстві. Кожен член суспільства і держава загалом зацікавлені у підтримці здорового способу життя у країні. Це проявляється в тому, що громадське здоров'я є елементом національної безпеки, бо без спрямованості на побудову системи засобів підтримки громадського здоров'я держава не зможе отримати здорове населення, а значить і безпеку існування самої держави. Отже, громадське здоров'я виступає немайновим благом, на яке спрямований публічний інтерес у сфері охорони здоров'я.

Управлінська діяльність у сфері охорони здоров'я спрямована на підтримку та охорону громадського здоров'я. Об'єктом адміністративно-правових відносин є діяльність органів управління охороною здоров'я, що формують та забезпечують реалізацію політики охорони здоров'я. Ця діяльність є поведінкою суб'єктів управління, які здійснюють вплив на процеси та предмети, що стосуються сфери охорони здоров'я. Особливість об'єкта

адміністративних правовідносин полягає в тому, що, з одного боку, він спрямовується на певні суспільні блага (громадське здоров'я), а з іншого – представляє собою систему управлінської діяльності (у вигляді дії, бездіяльності суб'єктів). Тому охорона здоров'я є завжди системою дій публічних і приватних суб'єктів з метою підтримання та охорони громадського здоров'я. Центральним об'єктом впливу управлінської діяльності є громадське здоров'я, стан якого і є результатом управлінської діяльності. В цьому проявляється наявність двох елементів у структурі об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я: 1) поведінка суб'єктів управління (діяльність з регуляторного впливу на сферу охорони здоров'я); 2) громадське здоров'я (благо, що представляє публічний інтерес та має соціальну цінність). Наведений підхід побудований на синтезі різних теорій об'єкта правовідносин. Можна запропонувати й інший підхід, згідно з яким предметом адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я буде виступати громадське здоров'я, а об'єктом – поведінка суб'єктів управління [178, с. 69].

Поведінка суб'єктів управління сферою охорони здоров'я спрямована на отримання позитивного результату від діяльності управління. Оцінка результату управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я здійснюється на підставі стану здоров'я населення, зокрема наявності епідемічних ситуацій, кількості народжених, смертності населення тощо. Основними індикаторами стану здоров'я населення є: смертність немовлят, материнська смертність, захворюваність на туберкульоз, первинний вихід на інвалідність, очікувана тривалість життя, смертність населення у працездатному віці (Про моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2000 р. № 1907) [398]. Отже, результат управлінської діяльності у вигляді високих показників стану здоров'я населення є благом, на яке спрямовується управління сферою охорони здоров'я. Якщо розглядати об'єкт як благо, на яке спрямовується діяльність суб'єкта, то у сфері охорони здоров'я благом буде виступати стан здоров'я населення, тобто громадське

здоров'я [178, с. 69]. Особливість об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я полягає у тому, що він виникає у процесі реалізації повноважень органів управління. Крім того, він має нематеріальний характер, спрямований на задоволення публічного інтересу [178, с. 70].

Аналізуючи різні положення щодо об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, слід запропонувати авторське визначення цього об'єкта. Об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – це результат управлінської діяльності у вигляді позитивного стану громадського здоров'я внаслідок реалізації публічного інтересу у сфері охорони здоров'я. Крім того, у результаті дослідження проведеного у цьому підрозділі, були удосконалені окремі поняття. Так, удосконалено положення щодо визначення об'єкта адміністративних правовідносин як результату управлінської діяльності щодо реалізації публічного інтересу державної політики управління. Також під об'єктом медичних правовідносин запропоновано розуміти результат діяльності з медичного обслуговування пацієнта, що є предметом медичної послуги, та ін.

2.5. Зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні

Зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні є елементом складу цих правовідносин. Змістом правовідносин охоплюються такі елементи: суб'єктивні права, юридичні обов'язки, повноваження, юридична відповідальність. Традиційно юридичний зміст правовідносин охоплює тільки суб'єктивні права і юридичні обов'язки. Такий склад виправдано щодо правовідносин із диспозитивним (автономним) режимом правового регулювання. У правовідносинах, де однією зі сторін виступає посадова особа, спостерігається інша комбінація: повноваженням уповноваженої особи кореспондують обов'язки зобов'язаної особи [503, с. 240].

Зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я складається з повноважень уповноваженої особи, яким кореспондують обов'язки зобов'язаної особи.

При розгляді змісту адміністративно-правових відносин варто звернутися до теоретичного осмислення його визначення. Адміністративно-правові відносини будуються на імперативному методі регулювання, їх основоположним принципом є принцип влади-підпорядкування. Як зазначає О. І. Харитонova, «характерним для нього є формування та використання владних відносин, за яких норми приймаються і реалізуються за принципом «команда-виконання». Суб'єкт прийняття обов'язкових рішень не зв'язаний згодою сторони, якій вони адресовані, публічні правовідносини виникають зазвичай всупереч бажанню іншої сторони» [528, с. 39]. Тому специфіка цих правовідносин полягає і в тому, що їх обов'язковим суб'єктом є суб'єкт, наділений владними повноваженнями. Ці суб'єкти можуть діяти лише в межах визначених законом повноважень. Приймати рішення поза цими повноваженнями вони не мають право. У своїй діяльності суб'єкти управління реалізують та охороняють публічний інтерес, зокрема інтерес охорони громадського здоров'я. Будь-які повноваження владного суб'єкта будуть містити публічний інтерес. Тому цей інтерес може виступати і якісним елементом змісту адміністративно-правових відносин, зокрема у сфері управління охороною здоров'я.

Незважаючи на цю специфіку, останнім часом в адміністративні правовідносини стали вступати суб'єкти, які не наділені владними повноваженнями, але здійснюють громадський контроль. Таке доповнення суб'єктивного складу, зокрема у сфері охорони здоров'я, не може не враховуватися при розгляді змісту правовідносин. Наприклад, порушення щодо прозорості закупівлі ліків можуть бути виявлені органами громадського контролю. В такому разі органи державної влади будуть зобов'язані здійснювати певні дії щодо припинення виявленого правопорушення. Тому під змістом адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я більш

доцільно розуміти систему суб'єктивних прав і юридичних обов'язків суб'єктів, які мають правосуб'єктність у сфері охорони здоров'я та реалізують публічний інтерес з охорони здоров'я.

Зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я можна розглядати з точки зору їх юридичного та фактичного змісту. Юридичний зміст визначає суб'єктивні права (повноваження) та юридичні обов'язки суб'єктів. У юридичному змісті правовідношення відображається його своєрідний юридичний сценарій, тобто те, як певне правовідношення повинно здійснюватися на практиці [252, с. 32]. Щодо фактичного змісту правовідносин, то це реальна поведінка суб'єктів, що виникає внаслідок здійснення суб'єктивних прав та виконання юридичних обов'язків. Юридичний і фактичний зміст правовідносин має взаємний зв'язок, що в реальних суспільних правовідносинах проявляється в єдності цих змістів.

Визначити зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я можна через аналіз повноважень суб'єктів. Як зазначалося вище, суб'єкти адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я поділяються на суб'єктів, що: формують державну політику у сфері охорони здоров'я, реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я, здійснюють контроль і нагляд у цій сфері. Звернемо увагу, що суб'єкти, які формують державну політику у сфері охорони здоров'я, діють в межах свого статусу та відносяться до загальних суб'єктів. Тому більш доцільно у межах дослідження змісту адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я розглянути повноваження спеціальних суб'єктів, таких як Кабінет Міністрів України, МОЗ України, НСЗУ, Держлікслужба.

Повноваження Кабінету Міністрів України закріплені у Законі України «Про Кабінет Міністрів України». До основних завдань Кабінету Міністрів України належить:

– забезпечення проведення бюджетної, фінансової, цінової, інвестиційної, у тому числі амортизаційної, податкової, структурно-галузевої політики; політики у сфері охорони здоров'я (п. 3 ч. 1 ст. 2 Закону). Діяльність Кабінету

Міністрів України спрямовується на забезпечення інтересів Українського народу шляхом виконання Конституції та законів України, актів Президента України, а також Програми діяльності Кабінету Міністрів України, схваленої Верховною Радою України, вирішення питань державного управління у сфері охорони здоров'я (ч. 1 ст. 19 Закону);

– забезпечення проведення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя, охорони материнства та дитинства, освіти, фізичної культури і доступність для громадян послуг медичних, освітніх та фізкультурно-оздоровчих закладів (абз. 7 п. 2 ч. 1 ст. 20 Закону);

– забезпечення розроблення і здійснення заходів щодо створення матеріально-технічної бази та інших умов, необхідних для розвитку охорони здоров'я (абз. 9 п. 2 ч. 1 ст. 20 Закону) [391].

Наведені повноваження Кабінету Міністрів України є загальними, вони конкретизуються у концепціях з охорони здоров'я, що розробляються цим державним органом. У розпорядженні «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р визначалось, що «реформа системи фінансування охорони здоров'я є одним із головних завдань плану пріоритетних дій Уряду на 2016 рік, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 травня 2016 р. № 418, і має стати головним пусковим механізмом для започаткування комплексних реформ у цій життєво важливій сфері та забезпечити створення в Україні сучасної, гідної великої європейської держави медицини» [418]. Отже, Кабінет Міністрів України є державним органом, до повноважень якого належить започаткування, здійснення медичної реформи, зокрема розробка комплексу дій із затвердження проведення медичної реформи, встановлення тарифів на медичні послуги, координації діяльності спеціальних державних органів у сфері охорони здоров'я, визначення переліку послуг державного гарантованого пакета медичної допомоги, утворення госпітальних округів.

Відсутність страхової медицини як медицини, пов'язаної із страховими компаніями, є певним недоліком медичної реформи. Наприклад, у наведеній

вище Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я передбачено, що надання гарантованого пакета медичної допомоги буде повністю забезпечуватися за рахунок коштів державного бюджету. У такому разі виникає питання: чи будуть всі інші витрати на медичне обслуговування здійснюватися за рахунок пацієнта, тобто за рахунок заробітної плати. При цьому держава пропонує достатньо високі ціни на медичні послуги, зокрема на хірургічні маніпуляції. Безумовно, фінансування медичних закладів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» є позитивом, але при цьому необхідно враховувати наявність матеріально-технічного обладнання лікарень, рівень заробітної плати.

Повноваження Кабінету Міністрів України у сфері охорони здоров'я конкретизуються і в Концепції розвитку системи громадського здоров'я, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. «Реалізація цієї Концепції сприятиме створенню системи формування державної політики у сфері громадського здоров'я, що передбачає: ... здійснення Кабінетом Міністрів України організації розроблення та виконання державних цільових програм, визначення економічних, правових та організаційних механізмів, стимулювання ефективної діяльності у сфері громадського здоров'я, укладення міжурядових угод і координації міжнародного співробітництва у сфері громадського здоров'я» [197]. Наведені повноваження вказують, що Кабінет Міністрів України в адміністративно-правових відносинах у сфері охорони здоров'я реалізовує публічний інтерес у вигляді підтримки, поліпшення охорони громадського здоров'я.

Проаналізовані повноваження Кабінету Міністрів України є елементом змісту адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, які пов'язані з реалізацією державної політики охорони здоров'я. Правовідносини, в яких однією зі сторін є Кабінет Міністрів України, – це правовідносини, що побудовані на принципі імперативності. Саме в цих правовідносинах повноваженням управомоченої особи (Кабінету Міністрів України) кореспондують обов'язки зобов'язаної особи. У сфері охорони здоров'я державними органами, що координуються Кабінетом Міністрів України, є МОЗ

України, НСЗУ, Держлікслужба. Наявність зобов'язальних суб'єктів у правовідносинах з реалізації державної політики охорони здоров'я вказує на існування у цих суб'єктів як повноважень, так і обов'язків.

У Положенні про МОЗ України, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267, закріплено, що діяльність Міністерства спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України (п. 1). При цьому МОЗ України у своїй діяльності: 1) керується актами Кабінету Міністрів України; 2) розробляє пропозиції щодо вдосконалення законодавства та внесення в установленому порядку проектів законодавчих актів, актів Президента України, Кабінету Міністрів України на розгляд Кабінету Міністрів України; 3) подає щороку Кабінетові Міністрів України звіт про результати формування та реалізації державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу тощо [296]. Наведена коротка характеристика повноважень МОЗ України вказує на його підпорядкований статус Кабінету Міністрів України. Підпорядкування повністю відповідає імперативній моделі правовідносин. Тобто розпорядження, акти Кабінету Міністрів України повинні виконуватися МОЗ України безпосередньо. При цьому ланцюг підпорядкування продовжує існувати щодо підконтрольних, підзвітних державних органів, юридичних осіб МОЗ України.

МОЗ України для виконання покладених на нього завдань має право: «1) залучати в установленому порядку спеціалістів центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій (за погодженням з їх керівниками), вчених, представників інститутів громадянського суспільства (за згодою) до розгляду питань, що належать до його компетенції; 2) отримувати безоплатно від міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування необхідні для виконання покладених на нього завдань інформацію, документи і матеріали, зокрема від органів статистики – статистичні дані; 3) скликати наради, утворювати комісії та робочі групи, проводити наукові конференції, семінари з

питань, що належать до його компетенції; 4) користуватися відповідними інформаційними базами даних державних органів, державною системою урядового зв'язку та іншими технічними засобами» (п. 6 Положення про МОЗ України) [296]. Наведені права здійснюються МОЗ України для виконання покладених на нього повноважень, а саме: 1) розробки проектів нормативних актів у сфері охорони здоров'я; 2) визначення перспективних напрямків охорони здоров'я; 3) регулювання правовідносин у сфері охорони здоров'я, зокрема шляхом прийняття наказів; 4) здійснення міжнародного співробітництва щодо прийнятих Україною на себе зобов'язань у сфері охорони здоров'я; 5) організації керівництва судово-медичною і судово-психіатричною службами, службою медицини катастроф; 6) розвитку системи екстреної медичної допомоги; 7) затвердження галузевих стандартів охорони здоров'я; 8) ліцензування господарської діяльності з медичної практики; 9) контролю і нагляду за додержанням законодавства про охорону здоров'я, зокрема про медико-соціальну експертизу; 10) повноважень у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу тощо.

Аналізуючи повноваження МОЗ України, їх доцільно поділити на такі групи: 1) повноваження щодо законодавчого регулювання адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я; 2) організаційні повноваження щодо створення структурних та/або спеціалізованих підрозділів органів управління охороною здоров'я; 3) повноваження у сфері побудови системи охорони громадського здоров'я; 4) повноваження щодо реалізації медичної реформи; 5) повноваження щодо організації надання медичної допомоги населенню; 6) повноваження у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу; 7) повноваження контролю і нагляду. Ці повноваження реалізуються щодо конкретних суб'єктів, зокрема підлеглих структурних одиниць МОЗ України, юридичних осіб публічного права, що здійснюють медичну практику, пацієнтів, органів громадського контролю.

Розглянемо зміст правовідносин, елементом яких є повноваження МОЗ України, на прикладі проведення медичних оглядів. МОЗ України визначає порядок проведення обов'язкових медичних оглядів дітей у дошкільному навчальному закладі або щорічного обов'язкового медичного огляду осіб віком до 21 року. Цій компетенції уповноваженого суб'єкта кореспондують такі юридичні обов'язки: 1) обов'язок закладу охорони здоров'я – організувати проведення щорічного медичного огляду; 2) обов'язок дошкільних, інших закладів освіти організувати порядок проведення огляду учнів (зокрема, визначення дати їх проведення); 3) обов'язок фізичних осіб – пройти обов'язковий медичний огляд (батьки зобов'язані організувати проведення огляду дитини). Отже, одному уповноваженому суб'єкту може протистояти декілька зобов'язаних осіб, які повинні виконати визначений юридичний обов'язок.

Оцінка діяльності МОЗ України надається Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я. В матеріалах засідання Комітету з питань охорони здоров'я від 5 лютого 2019 року вказано: «заслухавши питання про епідемічну ситуацію із захворюваністю населення на кір, Комітет прийняв рішення: визнати протиепідемічні заходи, які вживаються МОЗ України з метою ліквідації спалаху інфекції кору, незадовільними і такими, що несуть небезпеку життю і здоров'ю українських громадян, а також безпеці держави; визнати роботу оперативного штабу МОЗ України з реагування на ситуацію з поширення кору в Україні незадовільною» [234]. Цей приклад вказує на існування правовідносин контролю між Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я та МОЗ України. Публічно оголошена інформація щодо діяльності МОЗ України надає можливість визначитися суспільству щодо оцінок державного управління у сфері охорони здоров'я. Такий підхід надає можливість розглядати правовідносини контролю у сфері охорони здоров'я як складні, в яких декілька суб'єктів мають повноваження щодо оцінки діяльності МОЗ України.

При розгляді змісту наведених правовідносин необхідно враховувати, що до предметного відання Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я віднесено «законодавство про охорону здоров'я, у тому числі про медичну допомогу, лікувальну діяльність, лікарські засоби, фармацію та фармацевтичну діяльність; державна політика у сфері боротьби із соціально небезпечними захворюваннями (СНІД, туберкульоз, наркоманія тощо); сучасні медичні технології та медична техніка; добровільне медичне страхування; санаторно-курортне оздоровлення; охорона материнства та дитинства, репродуктивне здоров'я населення» [407]. Аналізуючи ці повноваження, можна зробити висновок, що Комітет не має повноважень щодо надання оцінок діяльності МОЗ України, але це необхідно для виявлення недоліків у діяльності МОЗ України та подальшого їх усунення шляхом розробки профільних законопроектів. Тому зміст правовідносин, що виникають між Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я і МОЗ України, має власну специфіку, адже повноваження Комітету щодо оцінки діяльності МОЗ є вторинними, а МОЗ України не має юридичного обов'язку реагувати на цю оцінку. В такому разі зміст правовідношення має певний негативний зміст, у якому уповноважена особа не має прямих повноважень, а зобов'язальна особа не має прямого кореспондуючого юридичного обов'язку. Отже, можна стверджувати, що між Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я та МОЗ України у правовідносинах з оцінки діяльності Міністерства Комітетом виникають правовідносини з негативним змістом, у яких уповноважена особа (Комітет) не має прямих повноважень (щодо оцінки діяльності МОЗ України), а зобов'язальний особа (МОЗ України) не має прямого кореспондуючого юридичного обов'язку щодо реагування на оцінку його діяльності.

Зобов'язальним суб'єктом відносно МОЗ України є НСЗУ – державний орган, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Повноваження НСЗУ визначені у постанові Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби

здоров'я України» від 27 грудня 2017 р. № 1101 [424]. Ці повноваження варто поділити на такі групи: 1) організаційні повноваження (утворення в структурі НСЗУ колегій, комісій, експертних груп; утворення, ліквідація, реорганізація підприємств, установ, організацій, затвердження їх положення (статутів), в установленому порядку призначення на посади та звільнення з посад їх керівників; здійснення в межах своїх повноважень інших функцій з управління об'єктами державної власності, що належать до сфери її управління); 2) повноваження у сфері укладання договорів про медичне обслуговування населення (укладання, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію); 3) повноваження щодо програмного розвитку сфери надання медичних послуг (розроблення проектів програм медичних гарантій, розроблення проектів державних цільових програм з питань, що належать до її компетенції); 4) інформаційні повноваження у сфері охорони здоров'я (забезпечення доступу до публічної інформації, розпорядником якої є НСЗУ; інформування Ради громадського контролю щодо запропонованого складу програми медичних гарантій, тарифів та коригувальних коефіцієнтів, розмірів реімбурсації лікарських засобів, забезпечення інформування населення про програму медичних гарантій); 5) повноваження моніторингу медичних послуг та лікарських засобів (проведення моніторингу, аналіз і прогнозування потреб населення України в медичних послугах та лікарських засобах); 6) повноваження фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я (здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій; внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів); 7) повноваження нагляду за якістю надання медичних послуг (здійснення заходів з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення); 8) контролюючі повноваження (боротьба з корупцією, організація внутрішнього контролю та

внутрішнього аудиту, контроль за використанням фінансових і матеріальних ресурсів НСЗУ тощо).

Аналізуючи ці повноваження, можна стверджувати, що вони є комплексними та спрямовані на забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Комплексність цих повноважень обумовлена тим, що НСЗУ здійснює різні за своїм змістом повноваження, але вони є єдиними у своєму напрямі. Так, укладання договору про медичне обслуговування населення повинно проходити після моніторингу доцільності цього договору, якості медичних послуг, потреб населення, після прийняття рішення необхідно здійснити планування фінансових витрат на цей договір. Схема наведених дій вказує на необхідність комплексного підходу до укладання та фінансування договорів про медичне обслуговування населення.

Для здійснення повноважень НСЗУ має право видавати накази організаційно-розпорядчого характеру, організовує та контролює їх виконання. Накази НСЗУ підписує голова НСЗУ, вони є обов'язковими для виконання зобов'язальними суб'єктами. Отже, при виданні наказу НСЗУ виступає уповноваженим суб'єктом, а виконання наказу покладається на зобов'язальних суб'єктів, зокрема територіальні органи НСЗУ, медичні заклади. У такому разі виникають правовідносини, що побудовані на імперативному принципі, тобто зобов'язальні суб'єкти мають кореспондуючий юридичний обов'язок виконувати дії, визначені у відповідному наказі.

Правовідносини у сфері охорони здоров'я, що побудовані на імперативному принципі, виникають і при реалізації повноважень Держлікслужби. Повноваження Держлікслужби визначені у Положенні про цю службу [295]. Її повноваження можна поділити на такі групи: 1) організаційні (утворює та організує діяльність органів Держлікслужби); 2) контролюючі повноваження (здійснює контроль за дотриманням суб'єктами господарювання ліцензійних умов провадження господарської діяльності у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; за ввезенням на митну територію України лікарських засобів, інші види контролю);

3) повноваження з формування та ведення державних реєстрів (Реєстр осіб, відповідальних за введення в обіг медичних виробів, активних медичних виробів, які імплантують, та медичних виробів для діагностики *in vitro*; Реєстр видів господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів тощо); 4) повноваження нагляду (здійснює державний ринковий нагляд у межах сфери своєї відповідальності); 5) повноваження у сфері притягнення суб'єктів господарювання до адміністративної відповідальності (складає протоколи про адміністративні правопорушення та розглядає справи про адміністративні правопорушення у 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); 6) повноваження з ліцензування підприємницької діяльності у сфері лікарських препаратів, наркотичних речовин; 7) інформаційні повноваження (інформування населення щодо якості лікарських препаратів); 8) інші повноваження.

Держлікслужба для виконання покладених на неї завдань має право: «1) залучати до виконання окремих робіт, участі у вивченні окремих питань учених і фахівців (за їх згодою), працівників центральних та місцевих органів виконавчої влади, а також підприємств, установ та організацій (за погодженням з їх керівниками); 2) одержувати безоплатно від державних органів та органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій незалежно від форми власності, їх посадових осіб, а також громадян та громадських об'єднань інформацію, документи і матеріали, необхідні для виконання покладених на неї завдань; 3) скликати наради, утворювати комісії та робочі групи; 4) користуватися відповідними інформаційними базами даних державних органів, державною системою урядового зв'язку та іншими технічними засобами» [295]. Наведені права можна охарактеризувати як права уповноваженої особи, яким будуть кореспондувати юридичні обов'язки. Наприклад, право на безоплатне одержання інформації, документів і матеріалів

має кореспондуючий обов'язок до невизначеного кола суб'єктів, які можуть стосуватися обігу наркотичних речовин, лікарських засобів. Покладання на цих суб'єктів юридичного обов'язку є необхідним елементом у правовідносинах забезпечення якості лікарських засобів та контролю за обігом наркотичних речовин.

У цьому проявляється публічний інтерес держави при забезпеченні охорони громадського здоров'я. Тобто надання інформації, документів надає можливість проводити оцінку стану ринку лікарських препаратів, наявність незаконного обігу наркотиків тощо. Тому можна визначити, що публічний інтерес у вигляді охорони громадського здоров'я є елементом змісту адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. Як зазначено вище, у правовідносинах управління якісним елементом змісту буде виступати публічний інтерес. Це пов'язано із тим, що особливістю цього виду правовідносин є захист публічного інтересу, будь-то інтерес державний, загальний або сукупний інтерес певної спільноти [528, с. 41]. При цьому органи управління у сфері охорони здоров'я не лише здійснюють захист публічних інтересів, а насамперед їх реалізацію при здійсненні своїх повноважень, спрямованих на підтримання, розвиток і охорону громадського здоров'я.

Зміст сучасних адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я отримав комплексний характер, оскільки, крім суб'єктів, наділених владними повноваженнями, у цих правовідносинах мають право брати участь суб'єкти, не наділені владними повноваженнями (йдеться про пацієнтів, заклади охорони здоров'я, Раду громадського контролю НСЗУ, спостережну та опікунську раду закладу охорони здоров'я). Особливість цих суб'єктів полягає в тому, що вони не виступають уповноваженими особами, їх діяльність побудована на диспозитивному методі правового регулювання. Це прояв проникнення елементів приватного права у публічне. Така тенденція є взаємною, що наразі виникає між публічним та приватним правом. Констатуючи цю обставину, варто звернути увагу, що вступ до адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я невіддільних

суб'єктів змінює зміст цих правовідносин, ставлячи владного суб'єкта у зобов'язальне становище. Тому розглянемо зміст адміністративних правовідносин за участю вказаних суб'єктів.

Згідно зі ст. 49 Конституції України, кожен має право на охорону здоров'я, яке конкретизується у ст. 6 Закону № 2801-ХІІ. Йдеться про право кожного громадянина на «життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини; безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище; санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає; безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку» тощо [270]. Наведеним правам пацієнта кореспондує юридичний обов'язок державних органів, що формують та реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я. При цьому держава гарантує кожній особі право на достатній життєвий рівень для себе і своєї сім'ї, що включає достатнє харчування, одяг, житло (це закріплено у ст. 48 Конституції України) [196]. Виконання цих обов'язків покладається державою на відповідні державні органи, зокрема Кабінет міністрів України, МОЗ України. Пацієнту забезпечується захист його права на охорону здоров'я, а отже, він може виступати суб'єктом, який уповноважений вимагати від державних органів виконувати свої обов'язки щодо гарантій держави у сфері охорони здоров'я. Крім прав кожен пацієнт зобов'язаний виконувати обов'язки, закріплені у ст. 10 Закону № 2801-ХІІ, а саме: піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян; у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення; вживати передбачених Законом України «Про екстрену медичну допомогу» заходів для забезпечення надання екстреної медичної допомоги іншим особам, які перебувають у невідкладному стані; виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я [270]. Отже, пацієнт має право вступати в адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я. При цьому зміст цих правовідносин будуватиметься за такою структурою: 1) права пацієнта –

кореспондуючі обов'язки державних органів; 2) права уповноваженого органу – юридичні обов'язки пацієнта.

Серед гарантій права на охорону здоров'я варто виокремити можливість проведення громадського контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я. Повноваження Ради визначені у Положенні про Раду громадського контролю при НСЗУ, затвердженому постановою № 271. Основними завданнями Ради є: 1) здійснення громадського контролю за діяльністю НСЗУ; 2) сприяння взаємодії НСЗУ з громадськими об'єднаннями, іншими інститутами громадянського суспільства у сфері медичного обслуговування населення; 3) забезпечення прозорості діяльності НСЗУ; 4) інформування НСЗУ про громадську думку щодо формування та реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення та про програму державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – програма медичних гарантій) (п. 4 Положення про Раду громадського контролю при Національній службі здоров'я) [постанова № 271]. Для реалізації цих завдань Рада здійснює взаємодію із громадськістю, засобами масової інформації, міжнародними організаціями. Ця взаємодія можлива завдяки публічним завданням, поширенню інформації про діяльність НСЗУ, проведенню громадської експертизи рішень щодо НСЗУ, громадського контролю щодо коштів державного бюджету [98]. Аналізуючи повноваження Ради, можна стверджувати, що вони спрямовані на проведення та реалізацію громадського контролю. Вплинути на діяльність державних органів цей орган громадського контролю може лише шляхом публічного обговорення проблемних питань, що були виявлені в діяльності НСЗУ. Крім того, вона має призначати проведення громадської експертизи. Наявність органів громадського контролю, незалежних від державних органів, це прояв побудови демократичної держави, у якій тягар контролю збалансовано розподіляється між державними та громадськими органами. Громадський контроль надає можливість уникнути державного впливу на прийняття рішень, обійти корупційний елемент. Незважаючи на позитивні аспекти громадського

контролю, варто звернути увагу що зміст правовідносин, що будуть виникати між НСЗУ та Радою громадського контролю при НСЗУ буде мати негативний характер, оскільки уповноважена особа (Рада) не має прямих повноважень щодо припинення діяльності НСЗУ, притягнення його посадових осіб до відповідальності, а зобов'язальний особа (НСЗУ) не має прямого кореспондуючого юридичного обов'язку щодо реагування на оцінку його діяльності.

Суб'єктом, що не має владних повноважень, але сприяє реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я, є спостережна рада закладу охорони здоров'я. Положення про спостережну раду закріплено в постанові Кабінету Міністрів України «Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я» від 27 грудня 2017 р. № 1077 [416]. Повноваження спостережної ради закладу охорони здоров'я поділяються на: 1) організаційні (формування ради, проведення засідання, звіти ради); 2) контрольні (розгляд питання щодо результатів фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я, інформування власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу) про недоліки діяльності такого закладу); 3) оптимізаційні (щодо оптимізації роботи закладу охорони здоров'я) та ін. Правами спостережної ради є: «отримання доступу її членів згідно з вимогами законодавства до інформації та матеріалів, необхідних для розгляду питань, що належать до її компетенції, протягом п'яти робочих днів з дати надсилання письмового запиту голови спостережної ради на ім'я керівника закладу охорони здоров'я; залучення експертів до проведення аналізу окремих питань діяльності закладу охорони здоров'я з урахуванням вимог законодавства щодо інформації з обмеженим доступом» (п. 6 постанови № 1077) [416]. Аналізуючи повноваження спостережної ради, можна стверджувати, що спостережна рада виступає уповноваженим суб'єктом у правовідносинах, а зобов'язальним суб'єктом може виступати керівник закладу охорони здоров'я, експерти, які зобов'язані надати відповіді, що виникають у

членів ради. Такий зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я за участю спостережної ради вказує на імперативний принцип їх побудови.

На підставі проведеного дослідження у цьому підрозділі можна запропонувати такі висновки.

Автором визначено, що особливість змісту адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я полягає в наявності уповноваженого суб'єкта, а також публічного інтересу у вигляді охорони громадського здоров'я, який є якісним елементом змісту адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.

Обґрунтовано, що між Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я та МОЗ України виникають правовідносини з негативним змістом, за яких уповноважена особа (Комітет) не має прямих повноважень (щодо оцінки діяльності МОЗ України), а зобов'язальна особа (МОЗ України) не має кореспондуючого юридичного обов'язку щодо реагування на оцінку його діяльності. Аналогічний зміст правовідносин буде виникати між НСЗУ та Радою громадського контролю при НСЗУ, оскільки уповноважена особа (Рада) не має прямих повноважень щодо припинення діяльності НСЗУ, притягнення його посадових осіб до відповідальності, а зобов'язальна особа (НСЗУ) не має прямого кореспондуючого юридичного обов'язку щодо реагування на оцінку його діяльності.

Висновки до розділу 2

Результати дослідження структури адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні можна представити у вигляді таких висновків:

1. Зазначено, що у правовідносинах із охорони здоров'я присутній інтерес як окремої людини, так і держави та суспільства. Усі ці суб'єкти мають взаємні права та обов'язки, спрямовані на пріоритетність політики охорони здоров'я у

державі. Такий підхід враховується не лише у сфері медичних приватних правовідносин, а й у сфері адміністративних правовідносин. Зокрема, сучасна розбудова державних органів у сфері охорони здоров'я обов'язково повинна враховувати думку не лише суспільства, держави, а й громадськості та окремої людини. Визначено, що структуру адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я складають суб'єкт, об'єкт, зміст. Структурні елементи адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я мають єдине спрямування щодо організації та управління охороною здоров'я, що визначається державною політикою.

Доведено, що для суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я характерна: 1) обов'язкова участь суб'єкта владних повноважень у сфері охорони здоров'я; 2) спрямованість дій суб'єкта на реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я; 3) набуття правосуб'єктності з моменту виникнення відповідного адміністративно-правового статусу у сфері охорони здоров'я; 4) наявність у суб'єкта публічного інтересу з охорони здоров'я у державі.

2. Суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я у вигляді держави та її уповноважених органів залежно від напрямів державної політики запропоновано поділяти на такі групи: 1) суб'єкти адміністративно-правових відносин, що формують державну політику у сфері охорони здоров'я; 2) суб'єкти адміністративно-правових відносин, що реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я; 3) суб'єкти адміністративно-правових відносин, що здійснюють контроль і нагляд у цій сфері.

3. Визначено, що функція управління охороною здоров'я органів місцевого самоврядування може розглядатися як широка категорія, що охоплює усі види управлінської діяльності (формування органів влади, комунальних закладів охорони здоров'я, реалізація програм, затвердження бюджету, моніторинг тощо), так і вузька категорія, що надає можливість виокремлювати інші функції (зокрема, управління комунальними закладами охорони здоров'я та створення органів управління). Доведено, що кожен орган місцевого самоврядування може

самостійно обирати власну структуру, що залежить від потреб відповідної територіальної громади. При побудові управління на рівні органів місцевого самоврядування повинен враховуватися публічний інтерес територіальної громади у сфері охорони здоров'я, оскільки інтерес територіальної громади є основоположним для вибору напрямів регулювання та управління.

4. З'ясовано, що Національна служба здоров'я України є елементом започаткуванням системи менеджменту медичної сфери, що є новим підходом до системи охорони здоров'я України. Вона вступає у правовідносини як юридична особа публічного права. Повноваження НСЗУ спрямовані на формування фінансового балансу між державою, закладами охорони здоров'я та пацієнтом. У цьому проявляється публічний інтерес, закладений в адміністративно-правових відносинах з управління охороною здоров'я, а також приватний інтерес пацієнта, який має можливість отримати більш ефективні методи лікування, що мають значну вартість. Поряд з НСЗУ в Україні утворено Держлікслужбу, яка наділена владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я. З 2015 р. до системи суб'єктів, наділених владними повноваженнями, було включено державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

5. Зазначено, що адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я є складними, оскільки в них беруть участь більше двох суб'єктів, які мають різні правові статуси. Суб'єктами, які не наділені владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я в Україні, є пацієнти, заклади охорони здоров'я, представники громадськості. Об'єднуючою ознакою цих суб'єктів є те, що вони не наділені владними повноваженнями, їх діяльність не забезпечена державним примусом. Тому їх правовий статус в адміністративно-правових відносинах має власну специфіку, що обумовлено метою їх вступу у правовідносини та обсягом їх повноважень. Якщо наявність закладів охорони здоров'я, пацієнтів у цих правовідносинах є обов'язковою, то участь громадськості є додатковим елементом гарантії якості та прозорості діяльності суб'єктів охорони здоров'я, що є проявом громадянського суспільства.

Обґрунтовано, що особливість діяльності закладів охорони здоров'я пов'язана з тим, що надання медичних послуг населенню можливе лише після отримання ліцензії. При цьому надавати медичну допомогу можуть лише заклади, які забезпечені медичними фахівцями, медичною технікою та мають ознаки медичного менеджменту управління.

6. Розуміння об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я отримано через аналіз розуміння об'єкта адміністративних правовідносин. Визначена неможливість розуміння об'єкта адміністративно-правових відносин виключно як блага, оскільки у такому разі втрачається мета цих правовідносин – управління державними процесами. Доведено, що в об'єкті адміністративних правовідносин простежується реалізація поведінки учасників відносин управління і тому при характеристиці об'єкта обов'язково вказується на наявність поведінки суб'єктів управління. Тому розуміння об'єкта адміністративних правовідносин має ґрунтуватися на синтезі підходів до об'єкта як до блага, так і до поведінки.

Виявлено наявність двох елементів у структурі об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я: 1) поведінка суб'єктів управління (діяльність з регуляторного впливу на сферу охорони здоров'я); 2) громадське здоров'я (благо, що представляє публічний інтерес та має соціальну цінність).

7. Досліджено зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, з точки зору їх юридичного та фактичного змісту. Підкреслено, що юридичний і фактичний зміст правовідносин має взаємний зв'язок, що в реальних суспільних правовідносинах проявляється в єдності цих змістів.

Наголошено, що зміст сучасних адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я має комплексний характер, оскільки, крім суб'єктів, наділених владними повноваженнями, у цих правовідносинах мають право брати участь суб'єкти, не наділені владними повноваженнями. Особливість цих суб'єктів полягає в тому, що вони не виступають уповноваженими особами, їх діяльність побудована на диспозитивному методі правового регулювання. Це прояв проникнення елементів приватного права у публічне.

РОЗДІЛ 3

АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Система принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні

Принципам в юриспруденції відведено особливу роль. Вони є основою для формування правовідносин, визначаючи вектор їх подальшого розвитку, залежно від характеру норм, в яких вони закріплені. Так, інформація у сфері охорони здоров'я регулюється низкою нормативно-правових актів, зміст яких впливає на відносини у сфері медичної інформації, що можуть ґрунтуватися на принципах публічності (громадське здоров'я) або приватності (лікарська таємниця). Тому, окрім відомих способів подолання прогалин в законодавстві (застосування аналогії права та аналогії закону), суб'єкти, які вступають між собою у певні правовідносини, повинні керуватися принципами права, що закріплюються у законодавчих актах чи випливають з їх зміст.

Змістовну сутність правових принципів можна звести до таких положень:

- 1) вони містять в собі найважливіші суспільні цінності та уявлення про право, справедливість і законність;
- 2) на підставі таких принципів виникають правові норми, а тому вони є основою, межами та орієнтирами для правових норм і правовідносин, які вони регулюють;
- 3) принципи не завжди відбиваються у правових нормах, і зважаючи на це, їх доцільно відрізнити від норм-принципів, які закріплюються в нормативно-правових актах;
- 4) відбивають найзагальніші засади правової системи чи окремої сфери, в якій здійснюється правове регулювання;
- 5) правові принципи є більш стабільними, ніж правові норми, що пояснюється достатньо тривалим процесом їх становлення та утвердження під впливом багатьох соціальних чинників;
- 6) мають не меншу юридичну силу, ніж правові норми, за відсутності яких підлягають застосуванню, заповнюючи

таким чином прогалини в законодавстві; 7) визначають основні напрями правотворчості та правозастосування [159, с. 237].

Незважаючи на те, що чіткий перелік правових принципів сформувавши достатньо складно через їх змістовну нестабільність і постійні трансформаційні процеси правовідносин, які обумовлюють необхідність виникнення та переосмислення вже існуючих основних засад, до них прийнято відносити:

1) принцип свободи, який полягає у наданні свободи вибору в визначальних сферах суспільного життя (політичної, економічної, соціальної, культурної, ідеологічної);

2) принцип справедливості визначає роль права як безумовного регулятора, що забезпечує баланс між необхідним і реальним правовим забезпеченням, роллю окремих осіб і їх соціальним статусом, правопорушенням і накладенням відповідальності за його вчинення тощо;

3) принцип рівності полягає у встановленні для всіх членів суспільства однакових прав і обов'язків, умов існування, обмежень і привілеїв, незважаючи на національні, культурні, соціальні та інші відмінності, тобто в суспільстві не повинно бути привілейованих прошарків або груп населення;

4) принцип гуманізму ставить людину на перше місце та закріплює домінантне становище її невід'ємних прав, таких як право на життя, безпеку, здоров'я, недоторканність, приватне життя, особисту свободу, а також визначає необхідність створення однакових умов для існування особи в суспільстві та розвитку її особистості;

5) принцип демократизму проявляється в тому, що, обираючи народних представників в органи державної влади та місцевого самоврядування, які у подальшому визначають напрями розвитку суспільних сфер і встановлюють норми права, за допомогою яких регулюються правовідносини, що виникають в їх межах, громадяни тим самим виражають власну волю;

б) принцип законності розкривається через такі правила: а) законодавчі норми є обов'язковими для виконання всіма суб'єктами, яким вони адресовані; б) усі нормативно-правові акти повинні бути юридично-змістовними,

правильно оформленими, а їх норми не суперечити одна одній та положенням інших нормативно-правових актів; в) невідворотність настання юридичної відповідальності за вчинене правопорушення [468, с. 224–225; 123, с. 199–202; 496, с. 16–17; 505, с. 123].

На основі перелічених загальних юридичних принципів не тільки формуються інші специфічні принципи, а й здійснюється регулювання правовідносин у різноманітних суспільних сферах, зокрема, у сфері охорони здоров'я.

Функціонування сфери охорони здоров'я забезпечує реалізацію суттєвих і визначальних конституційних норм, які, закріплюючи право людини на здоров'я, життя, честь, гідність, недоторканість і безпеку, покладають на державу обов'язок захищати, охороняти та сприяти їх реалізації. Так, у ст. 49 Конституції України визначено: «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності» [196]. Частково це стає можливим за допомогою виникнення та розвитку правовідносин у сфері охорони здоров'я, які будуються на сукупності принципів, що утворюють окрему систему [159, с. 237].

Враховуючи значущість сфери охорони здоров'я і те, що обов'язок забезпечення її функціонування покладено на державу, а точніше на спеціально уповноважені органи державної влади, не дивно, що вона є предметом дослідження вчених-адміністративістів. Зокрема, її розглядають як: 1) «соціальну діяльність, зміст якої полягає у здійсненні комплексу організаційних, правових, фінансових і суто медичних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я та лікування захворювань людей, яке можна розглядати як

визначальний чинник рівня людського розвитку суспільства та його прогресу, соціальної політики держави та її національної безпеки» (Т. О. Коломоєць) [189, с. 425]; 2) «систему заходів, що здійснюються з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості її життя» (В. Ю. Стеценко) [10, с. 354].

Отже, в адміністративному праві сфера охорони здоров'я розглядається як цілісна система взаємопов'язаних дій і заходів управлінського, правового та економічного характерів, які здійснюються з метою забезпечення її функціонування та перспективного розвитку, де основним засобом регуляції виступають адміністративно-правові норми. Цій системі властиві свої специфічні принципи, які відбивають особливості її функціонування.

Зазначимо і те, що в умовах європейської інтеграції та проведення масштабної медичної реформи оновлення та переосмислення сутності деяких принципів функціонування системи охорони здоров'я набуває особливої актуальності.

Я. М. Шатковський наголошує на теоретичному та практичному значенні таких принципів: «це основні засади, закономірності, відповідно до яких здійснюється регулювальний вплив держави на ту чи іншу сферу. Не є винятком і медична діяльність. Від якісно сформульованих принципів багато в чому залежить подальша реалізація державного управління в такій важливій галузі, якою є медицина» [539, с. 43–44]. Утім не можемо погодитися з таким твердженням, адже поняття «медицина» використовується для позначення системи наукових знань і відповідної практичної діяльності, сукупності медичних працівників, медичного факультету [48, с. 665]. При цьому для жодної з перелічених категорій не характерна наявність публічного управління, адже медицина тяжіє до теоретичних положень і медичної практики, а не організації та забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я. Тому вважаємо за доцільне вести мову про сферу охорони здоров'я, а не про медицину [151, с. 205].

Визначення системи принципів адміністративно-правового забезпечення системи охорони здоров'я обумовлено використанням оновленого сучасного підходу до її організації та наближення до європейських стандартів саме в якості державної діяльності в межах реалізації соціальної функції, а не віднесення до «особистих проблем» кожного громадянина, який потребує медичної допомоги. Більш того, це дозволить виділити основні напрями публічного управління сферою охорони здоров'я та визначити коло проблем, що потребують вирішення на законодавчому рівні, сприятиме підвищенню рівня захисту прав потенційних пацієнтів і якості реалізації заходів щодо надання медичної допомоги населенню, дозволить запровадити та провести результативні загальнодержавні, регіональні та місцеві програми охорони здоров'я. Переходячи безпосередньо до визначення принципів сфери охорони здоров'я України, слід зауважити, що останні необхідно розглядати з урахуванням принципів, на яких ґрунтується медична реформа [159, с. 238–239].

Основні принципи охорони здоров'я закріплені у профільному законодавчому акті – Законі № 2801-ХІІ: «визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України; дотримання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення; рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я; відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у сфері охорони здоров'я; попереджувально-профілактичний

характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я; багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції; децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі» (ст. 4) [270].

Розглядаючи процес реформування вказаної сфери та принципів, на підставі яких він здійснюється, слід зупинитися на двох підходах: доктринальному і нормативному. Представники доктринального підходу (М. Б. Щербиніна та І. Ю. Скирда) виділяють такі принципи: справедливості; солідарності; орієнтованості на покращення громадського здоров'я, задоволення справедливих потреб населення, покращення якості медичної допомоги; результативності; ефективності; участі громадськості у формуванні політики [548]. Принципи другої (нормативної) групи викладені в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Йдеться про:

1) принцип надання гарантованого пакету послуг, який має бути доступний кожному, незалежно від соціального статусу, релігійних і політичних поглядів, культурних уподобань тощо. Водночас особлива увага повинна бути приділена соціально вразливим категоріям населення, котрі здебільшого частіше за інші групи мають проблеми зі здоров'ям;

2) принцип дотримання національних стандартів якості та професіоналізму – передбачає надання першокласної ефективної та безпечної медичної допомоги, чому повинен сприяти систематичний професійний розвиток медичного персоналу та власне управлінських процесів у цій сфері;

3) принцип взаємоповаги пацієнтів та медичних працівників – закріплює модель партнерських відносин між лікарем і пацієнтом, засновану на почуттях поваги один до одного, турботи та співчуття з боку медичного працівника та шанобливого ставлення з боку громадян;

4) принцип співпраці різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громад та населення – стосується насамперед самої системи охорони здоров'я у контексті налагодження відносин з іншими органами державної влади, юридичними особами, громадськими об'єднаннями, благодійними фондами та організаціями задля забезпечення нормального рівня здоров'я населення;

5) принцип співвідношення ціни та якості і найбільш ефективного, справедливого та стійкого використання обмежених ресурсів – стосується цільового використання бюджетних коштів;

6) принцип підзвітності громадам і пацієнтам – передбачає надання доступу до інформації, яка стосується показників здоров'я населення та надання систематичних звітів органів державної влади та медичних установ про діяльність у цій сфері [262, с. 16-17].

Важливе значення у процесі формування та утвердження принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні відіграють міжнародні приписи – керівні засади функціонування, які є загальноприйнятими та визнаються у всьому світі. Вони зазвичай відображаються у формі принципів або окремих положень-стандартів і закріплюються в спеціалізованих нормативно-правових актах. У сфері охорони здоров'я основними міжнародними правовими актами, що містять принципи чи прямі вказівки на безумовне додержання певних правил під час здійснення окремих видів діяльності, є: Гельсінська декларація 2008 р. [63], Женевська декларація 1948 р. [118], Міжнародний кодекс медичної етики [249], Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я [82], Декларація щодо незалежності та професійної свободи лікаря 1986 р. [85], Декларація стосовно трансплантації людських органів 1987 р. [84], Мадридська декларація щодо професійної автономії і самоврядування 1987 р. [226].

Проаналізувавши положення вказаних документів, можна виділити такі міжнародні принципи:

1) принцип служіння людству. Він впливає із мети, з якою здійснюється охорона здоров'я, – забезпечити благополуччя націй і нормальний рівень фізичного та психоемоційного стану людини, а досягти зазначеної мети стає можливим не за рахунок здійснення заходів імперативного характеру, а шляхом служби на благо суспільства та кожної окремої особи;

2) принцип науковості полягає в тому, що будь-яка діяльність, яка реалізується в межах системи охорони здоров'я організаційного, управлінського чи виключно медичного характеру, повинна ґрунтуватися на визнаних наукових здобутках вчених і провідних фахівців відповідних галузей;

3) принцип документованості вимагає здійснення належного документального оформлення діяльності в межах системи охорони здоров'я, наприклад, у результаті прийняття управлінських рішень або протоколювання здійснення медичних заходів, наявність протоколів лікування тощо;

4) принцип прогнозування вказує на необхідність реалізації процесу передбачення перспективного стану того чи іншого рішення, діяльності в його динаміці з метою виявлення можливих ризиків і негативних наслідків;

5) принцип поінформованості означає, що кожна особа, яка потребує медичної допомоги і у зв'язку з цим взаємодіє з системою охорони здоров'я, повинна отримувати належну та достовірну інформацію щодо умов і процедури надання їй медичної допомоги;

6) принцип представництва закріплює необхідність формування представників захисту інтересів лікарів у системі охорони здоров'я з метою гарантування їх економічної, професійної та моральної незалежності;

7) принцип відкритості свідчить про те, що система охорони здоров'я повинна бути відкрита для всіх кваліфікованих лікарів, які бажать і можуть працювати, утримуючись від примушення працювати проти їх бажання, особливо використовуючи заходи матеріального та нематеріального характеру;

8) принцип вільного вибору в системі охорони здоров'я передбачає створення таких умов, за яких пацієнт може самостійно, без сторонніх впливів і нав'язувань, обрати лікаря, який буде надавати йому медичну допомогу, зі

свого боку лікар, здійснюючи лікування, повинен мати право, керуючись знаннями та особистим досвідом, обирати способи і засоби лікування в межах затверджених медичних стандартів;

9) принцип професіоналізму запроваджує необхідність проведення медичних досліджень і практики виключно тими фахівцями, які володіють необхідним рівнем знань, умінь і навичок, а також постійного вдосконалення останніх – для чого в системі охорони здоров'я повинні бути забезпечені умови для проходження якісного підвищення кваліфікації лікарів і запроваджені відповідні заходи стимулювання фахівців до поглиблення власних медичних знань;

10) принцип диференціації в системі охорони здоров'я передбачає доцільність визначення конкретних спеціалізацій і вузькопрофільних лікарів, оскільки чим обмеженішою є сфера діяльності, тим глибші знання в ній матиме фахівець, а відповідно лікування буде проведено на достатньо високому кваліфікаційному рівні, і, навпаки, – запровадження фахівців широкої спеціалізації призведе до поверхневого лікування тих чи інших захворювань через недостатній обсяг знань окремих аспектів надання медичної допомоги;

11) принцип традиційності стосується загальних процесів системи охорони здоров'я, які повинні бути направлені на підвищення престижу професії лікаря, збереження характерних їй традицій і гарантувати професійну незалежність фахівців медичної галузі [162, с. 55–56].

Зауважимо, що у роботі свідомо не виокремлено вказані міжнародні принципи на такі, що стосуються безпосередньо функціонування сфери охорони здоров'я та професійної діяльності лікарів, а також не здійснювалося ґрунтовне дослідження їх змісту, адже кожен з них є значущим та має стати предметом окремого дослідження. Натомість, метою цього підрозділу є виділення міжнародних принципів сфери охорони здоров'я в самостійну групу як одної зі складових системи принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. Водночас серед міжнародних медичних стандартів є і ті, що стосуються виключно морально-

етичного аспекту роботи лікарів. Вони передбачені Міжнародним кодексом медичної етики [248]. Йдеться про:

1) принцип гуманізму, зміст якого полягає в тому, що лікар повинен ставитись до пацієнтів зі співчуттям та повагою до людської честі і гідності та сприяти у реалізації їх прав в галузі охорони здоров'я;

2) принцип самовідданості стосується провадження медичної практики лікарем та його обов'язку протидіяти недолікам своїх колег професіонального та особистого характеру;

3) принцип компетентності пов'язаний з наданням необхідної ефективної медичної допомоги та дотриманням обережності під час поширення та впровадження нових лікувальних методик і препаратів, останні повинні бути призначені за умови впевненості фахівця в їх дієвості, лише доки вони будуть необхідними; лікар повинен об'єктивно оцінювати власні можливості та працювати в тій сфері і галузі медицини, якій відповідає його спеціалізація;

4) принцип вільного і незалежного виконання професійних рішень в інтересах пацієнтів зобов'язує лікаря повністю ігнорувати особисті інтереси матеріального та нематеріального характеру;

5) принцип конфіденційності передбачає нерозголошення відомостей щодо особи, які стали відомі спеціалісту в процесі лікування;

6) принцип чесності закріплює за лікарем обов'язок бути чесним і відкритим як з колегами, так і пацієнтами.

Підсумовуючи викладене, можна виділити такі характерні риси системи принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні: а) багатокomпонентність (зазначена система складається з декількох самостійних груп-принципів); б) загальна стабільність, яку забезпечує незмінність основних принципів функціонування системи охорони здоров'я поряд із плинністю інших; в) її складають принципи, а також норми-принципи, що відображаються в національних і міжнародних нормативно-правових актах; г) містить усталені принципи та інші положення у формі керівних засад та ідей, що стосуються функціонування системи охорони

здоров'я, здійснення медичної практики та роботи персоналу; г) чітка систематизація, що передбачає упорядкованість та ієрархічність груп-принципів в межах вказаної системи; д) така система не є суто юридичною конструкцією, оскільки її окремі складові елементи (групи-принципи та принципи) містять в собі особливості, пов'язані з управлінськими процесами цієї сфери та власне провадженням медичної практики [159, с. 239].

Виділені ознаки дають можливість представити систему принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні як багатокomпонентне відносно стабільне ієрархічне утворення структурованих принципів і норм-принципів (закріплених у національному та міжнародному законодавстві) та інших положень у формі керівних засад та ідей, переважно юридичного, управлінського та медичного характеру, які стосуються функціонування системи охорони здоров'я, зокрема провадження медичної практики та організації роботи медичного персоналу [159, с. 239].

Вбачається, що система принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні складається з таких елементів:

I. Загальноправові принципи: свободи, справедливості, рівності, гуманізму, демократизму, законності.

II. Принципи адміністративного права.

1. Загальні принципи адміністративного права: а) принцип пріоритету прав і свобод людини та громадянина; б) принцип верховенства права та правового закону; в) принцип рівності однорідних суб'єктів адміністративного права перед законом; г) принцип демократизму; г) принцип взаємної відповідальності суб'єктів публічної адміністрації та об'єктів публічного управління; д) принцип гуманізму і справедливості у взаємовідносинах між суб'єктами публічної адміністрації та об'єктами публічного управління.

2. Спеціальні принципи адміністративного права: а) принцип служіння публічної адміністрації суспільству й людині; б) принцип обмеженості втручання публічної адміністрації в громадянське й особисте життя людини;

в) принцип повноти прав і свобод громадян в адміністративно-правовій сфері; г) принцип зв'язаності публічної адміністрації законом і підконтрольності їх суду; г) принцип оптимального доповнення й урівноваження державно-владних повноважень органів виконавчої влади з повноваженнями органів місцевого самоврядування; д) принцип гласності публічної адміністрації; е) принцип відповідальності публічної адміністрації; є) принцип самостійності публічної адміністрації.

III. Принципи державного управління.

1. Загальні принципи: системність, об'єктивність, відкритість, саморегулювання, гласність.

2. Принципи, що застосовуються в системі державного управління: єдиноначальність, пріоритет колективних інтересів над індивідуальними, ієрархічність тощо;

3. Організаційно-технологічні принципи регіонального і місцевого управління: принцип делегування повноважень не конкретним особам, а безпосередньо посаді, яку обіймає працівник;

4. Суспільно-політичні принципи: відкритість і гласність; прогнозування, демократизм, соціальна спрямованість.

5. Структурні принципи (стосуються функціональних та організаційних аспектів управлінської діяльності). Це принципи єдності, територіальності, стимулювання, узгодженості цілей та їх підпорядкування загальній меті, нормативного розподілу функцій, ефективного поєднання компетенції та матеріально-технічних ресурсів, відповідності методів і форм управління сфері, в якій воно здійснюється).

6. Принцип оптимізації управління (призначений для удосконалення загальної системи державного управління).

IV. Принципи охорони здоров'я: а) визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу України; б) дотримання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з

ними державних гарантій; гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення; в) рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я; відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість; г) орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у сфері охорони здоров'я; попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я; г) багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції; д) децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

V. Принципи реформування системи охорони здоров'я:

1. Доктринальні принципи реформування системи охорони здоров'я:
 а) справедливості; б) солідарності; в) орієнтованості на покращення громадського здоров'я, задоволення справедливих потреб населення, покращення якості медичної допомоги; г) результативності; г) ефективності; д) участі громадськості у формуванні політики.

2. Нормативні принципи реформування системи охорони здоров'я:
 а) надання гарантованого пакету послуг, який має бути доступний кожному; б) дотримання національних стандартів якості та професіоналізму; в) принцип взаємоповаги пацієнтів та медичних працівників; г) співпраці різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громад та населення; д) співвідношення ціни і якості та найбільш ефективного, справедливого і стійкого використання обмежених ресурсів; е) підзвітності громадам і пацієнтам, що передбачає надання доступу до інформації.

VI. Міжнародні принципи у сфері охорони здоров'я:

1. Міжнародні принципи функціонування системи охорони здоров'я: служіння людству, науковості, документованості, прогнозування, поінформованості, представництва, відкритості, вільного вибору, професіоналізму, диференціації, традиційності.

2. Міжнародні принципи здійснення медичної практики лікарями: гуманізму, самовідданості, компетентності, вільного і незалежного виконання професійних рішень в інтересах пацієнтів, конфіденційності, чесності [151, с. 210].

Наведена система є фундаментом, на основі якого здійснюється адміністративно-правове забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. Водночас відповідні заходи та діяльність, яка проводиться в межах адміністративно-правового забезпечення зазначених відносин, не можуть ґрунтуватися виключно на визначених засадах. Не менш важливого значення у такому процесі набувають методи, які використовуються під час адміністративно-правового забезпечення та відповідні форми реалізації. Вбачається, що визначення принципів, методів і форм як цілісного комплексу, за допомогою якого здійснюється адміністративно-правове забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я, дозволить вивести його на новий сучасний рівень і підвищити якість медичних послуг. Тому наступним етапом цієї наукової роботи стане дослідження сутності та видів адміністративно-правових форм і методів забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні.

3.2. Поняття та види адміністративно-правових форм і методів забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні

Відносини, які розвиваються в середині національної системи охорони здоров'я, як і будь-які інші явища, мають свій зовнішній вираз – форми, в які вони втілюються. Будь-які форми вміщують в собі сукупність певних однорідних діянь і неминуче тягнуть за собою настання конкретних юридичних наслідків, спрямованих на розвиток і вдосконалення певної суспільно-важливої сфери, якою «опікується» держава. Однією з таких сфер є сфера охорони здоров'я, в якій форми та напрями діяльності є не менш визначальними, що обумовлюється важливістю її функціонування, яке спрямоване на збереження життя і здоров'я населення.

Зі свого боку адміністративно-правові форми забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я дають змогу здійснити ряд дій організаційно-розпорядчого характеру, завдяки яким стає можливим надання якісної та кваліфікованої медичної допомоги за рахунок створення раціональної організації системи охорони здоров'я, надання необхідної сучасної матеріально-технічної бази, підготовки висококваліфікованого медичного персоналу, а також здійснення загальної оптимізації функціонування закладів охорони здоров'я. Регуляційний вплив на такі відносини здійснюється уповноваженими суб'єктами за допомогою спеціальних методів, останні означають: «1) способи пізнання явищ природи та суспільного життя; 2) прийоми або систему прийомів, що застосовуються в якій-небудь галузі діяльності (науці, виробництві тощо)» [473]. Разом з тим з-поміж різних видів відносин у сфері охорони здоров'я виділяється окремий їх вид – юридичні, зокрема адміністративно-правові, яким також властиві юридичні форми, а їх упорядкування здійснюється за допомогою сукупності правових методів (методів правового регулювання).

Теоретики права (К. Г. Волинка [57, с. 105], С. Д. Гусарев, О. Д. Тихомиров [505, с. 257–259], О. Ф. Скакун [467, с. 248], В. В. Сухонос

[496, с. 54]) під методами правового регулювання розуміють систему різноманітних правових засобів, прийомів і способів, призначених для упорядкування суспільних відносин шляхом безпосереднього на них впливу. Відомі два основних методи правового регулювання – імперативний (централізований) і диспозитивний (децентралізований), головна відмінність яких полягає у характері впливу на правовідносини.

Імперативний метод за своєю природою є певною мірою авторитарним, оскільки встановлює конкретні безумовні правила та заборони, яких суб'єкти повинні дотримуватися в обов'язковому порядку. За умови застосування такого методу суб'єкти правовідносин не мають права самостійно обирати, яким чином поводитись, натомість вони повинні чітко слідувати встановленим правилам, а у випадку їх порушення нести юридичну відповідальність. Він застосовується переважно для регулювання владних відносин і тих, які передбачають ієрархію та підпорядкування їх безпосередніх учасників, а тому як основний використовується публічними галузями права (конституційним, адміністративним, фінансовим правом тощо). Імперативний метод передбачає встановлення зобов'язань (визначення поведінки учасника правовідносин у конкретних обставинах або за настання певних умов), заборон (вказівок на утримання від вчинення діянь або поведінки) і владних приписів для учасників публічних правовідносин.

Зміст диспозитивного методу найяскравіше характеризує притаманна йому юридична рівність учасників правовідносин і характеризується автономністю, що буквально надає певну свободу вибору суб'єктам-учасникам правовідносин щодо врегулювання взаємозв'язків між ними, встановлюючи лише певні межі такої дозволеності, яка походить від закріплення за учасником відносин права на здійснення множинності дій або утримання від них. Він є основним методом регулювання юридичних відносин, які виникають в межах приватних галузей права (наприклад, цивільного чи сімейного).

Рідше методи правового регулювання поділяють на такі, що мають матеріальний і процесуальний характер: «методи матеріально-правового

характеру – це сукупність методів правового регулювання, що використовуються для впорядкування суспільних відносин, які складаються в різних сферах життєдіяльності та спрямовуються на досягнення результатів розвитку всього суспільства в цілому і саме тому мають визначальне значення» [505, с. 257–258], а методи процесуального характеру мають місце під час процедури правозастосування та процесу правотворчості.

У регулюванні адміністративно-правових відносин переважає імперативний метод, який реалізується через встановлення приписів, заборон, а також: метод координації (узгодження – покликаний врегульовувати відносини між юридично-рівними учасниками); метод влади-підпорядкування (субординації – передбачає наявність принаймні двох сторін, одна з яких є юридично владною, а інші їй підвладні); метод реординації (надає право об'єкту управління висувати вимоги до суб'єкта управління щодо забезпечення йому умов, необхідних для провадження власної діяльності). Зі свого боку до диспозитивного методу можемо віднести такі: методи реєстрації та рекомендації (стають легітимними за умови їх визнання всіма суб'єктами, між якими встановлено взаємозв'язок); метод стимулювання; метод рівності (передбачає реалізацію спільних дій рівними учасниками адміністративних правовідносин, зокрема через укладення адміністративного договору) [21, с. 10–11; 189, с. 6], а також надання дозволів, насамперед у формі адміністративних послуг.

Значна кількість диспозитивних методів, що застосовуються наразі для упорядкування адміністративних правовідносин свідчить про часткову трансформацію методу адміністративного права, яка передбачає применшення значущості імперативного методу регулювання. Така загальна тенденція прослідковується у всіх сферах, де виникають адміністративно-правові відносини, а тому сфера охорони здоров'я не є виключенням.

Для врегулювання адміністративно-правових відносин, що виникають у сфері охорони здоров'я, використовуються як визначені вище загальні методи правового регулювання (переважно імперативні), так і власні методи

адміністративного права: у цьому випадку має місце співвідношення загального та галузевого методів.

Держава «опікується» сферою охорони здоров'я, на яку поширюється її публічно-владна діяльність, що «здійснюється спеціальним апаратом, відокремленим від суспільства, для керівництва ним із застосуванням різних владних методів (заохочення, переконання і примусу)» [10, с. 15].

Розглянемо застосування основних методів адміністративного права (переконання, примусу та заохочення) на конкретних прикладах у сфері охорони здоров'я. Метод переконання може бути як зовнішнього, так і внутрішнього спрямування. Якщо із зовнішнім спрямуванням ситуація зрозуміла (адже населення переконують у доцільності та ефективності медичного обслуговування саме в певному закладі і в певного лікаря), то з внутрішнім все виглядає складнішим. Сьогодні медичні заклади самі вирішують, які спеціалісти їм потрібні для надання замовлених державою послуг. Прибічниками медичної реформи підтримується позиція, що перспективною є перекваліфікація вузьких спеціалістів до лікарів загальної практики. У такому разі лікар зможе надавати послуги первинної медичної допомоги (маючи гідний стабільний дохід) та (за наявності необхідних умов) профільні послуги. Прихильники такого підходу вважають, що сімейні лікарі з додатковою спеціалізацією будуть користуватися більшим попитом з боку пацієнтів із відповідними хронічними захворюваннями. Особливо це стосується кардіологів, пульмонологів, гастроентерологів [239, с. 22]. Така «універсальність» сімейного лікаря може призвести до того, що це буде спеціаліст із поверхневими знаннями з кожного напрямку медичної діяльності. На противагу такому підходу в більшості країн світу цінуються і найбільш високо оплачуються саме вузькоспеціалізовані медичні фахівці, які на високому кваліфікаційному рівні забезпечують певні види медичної діяльності. Зауважимо, що це стосується не лише представників медичної галузі, а й інших сфер діяльності [154, с. 49–50].

У контексті застосування методу примусу наголосимо, що ключовою і такою, що не знайшла відображення у чинному законодавстві, є проблема, пов'язана з удосконаленням юридичної відповідальності медичних працівників за непрофесійні дії, що призвели або могли призвести до шкоди для здоров'я чи життя пацієнта – так званої «лікарської помилки». Одразу зауважимо, що поняття «лікарська помилка» не є досконалим, адже не охоплює середній медичний персонал, який також може допустити порушення при здійсненні маніпуляцій з пацієнтом. На більш високому організаційному рівні примус може стосуватися впливу МОЗ України або НСЗУ на установу або заклад, що входять до сфери їх управління. Як зазначалося вище, законодавцем не було передбачено механізмів запобігання корупційним ризикам під час провадження медичної реформи [154, с. 50].

Реформування сфери охорони здоров'я передбачає істотне покращення оплати праці медичних працівників, що слід розглядати як приклад застосування методу заохочення. Щоправда фактична реалізація передбачених реформою положень є загальною і не відображає особливостей. Наприклад, якщо заробітна плата лікаря залежить від кількості укладених з ним декларацій, то цілком очевидно, що до більш досвідченого фахівця буде значно більше бажаючих записатися на медичне обслуговування, ніж до молодого фахівця. Останній взагалі може не набрати мінімальної кількості декларацій через те, що у громаді не знають рівня його компетентностей та професійних знань. Інша ситуація полягає в тому, як будуть фінансуватися медичні працівники, які працюють у закладах охорони здоров'я, що належать до сфери управління центральних органів виконавчої влади та інших суб'єктів (так звані відомчі заклади). Відсоток прикріплених на обслуговування осіб там значно менший, ніж у звичайних лікувально-профілактичних закладах, підпорядкованих МОЗ України. «Зарплату лікарям піднімуть. Плануємо, що вона буде мінімум у два з половиною рази вищою від середньої. Але її реальна сума залежить від менеджменту медичного закладу», – зазначає речник МОЗ України О. В. Ябчанка. Отже, твердження посадовця про майбутні перспективи

належного матеріального заохочення медичних працівників не дають вичерпної відповіді про конкретні строки поліпшення ситуації та не спираються на відповідне нормативно-правове забезпечення медичної реформи [154, с. 50].

Заходи адміністративного припинення можуть бути застосовані у разі посягання на охоронювані законом права, свободи та цінності, що має ознаки адміністративного правопорушення. Їх застосування дає змогу вчасно відреагувати на вчинення протиправної поведінки шляхом переривання чи припинення і тим самим недопущення настання суспільно шкідливих наслідків. Однак вони не зводяться лише до припинення протиправної поведінки особи, а включають і інші супровідні процедури, наприклад, процедуру притягнення винної особи за вчинені протиправні дії до адміністративної відповідальності, зокрема через забезпечення провадження у справі про адміністративне правопорушення. Заходи адміністративного припинення умовно можна поділити: «залежно від мети застосування – на самостійні (оперативні) та допоміжні (забезпечувальні); за характером правоохоронного впливу – на особистісні, організаційні та майнові; за формою процесуального вираження – на усні, письмові та виражені в певних матеріально-технічних діях; за характером застосування – на заходи загального і спеціального призначення» [11, с. 148].

Заходи адміністративного стягнення передбачають можливість документування адміністративних правопорушень за допомогою складання протоколу про адміністративні правопорушення, а також здійснення провадження у справах про адміністративні правопорушення у позасудовому порядку та провадження стосовно безпосереднього виконання накладених адміністративних стягнень. Саме накладення адміністративних стягнень є відмінною ознакою цього виду стягнень, перелік яких чітко передбачений законодавством, а саме ст. 24 КУпАП [185] (рідше адміністративні стягнення можуть бути закріплені в інших законах України), та носять безумовний каральний характер.

Адміністративно-запобіжні заходи являють собою «комплекс заходів впливу морального, фізичного, організаційного та іншого характеру, які дозволяють виявляти і не допускати правопорушення, забезпечувати правопорядок за різних обставин» [11, с. 146]. Тобто реалізація таких заходів передбачає попередження і недопущення правопорушень шляхом заздалегідь встановлених обмежень, що не залежить від факту наявності протиправного посягання, оскільки має профілактичний характер і не має на меті безпосереднє припинення правопорушень. У цьому разі головним є недопущення його вчинення.

До методів управління відносяться не лише так звані владні методи. Наприклад, О. П. Світличний зазначає, що «за змістом методи управління відображають вимоги об'єктивних законів розвитку суспільних відносин і розмежовуються (класифікуються) на адміністративні (організаційно-правові), економічні, соціальні, технологічні, фінансові та інші. При цьому практично відсутні такі об'єкти, до яких застосовувався тільки б один метод впливу. Найбільш поширене розмежування таких універсальних видів методів, як методи переконання і примусу, а також методи прямого та непрямого (опосередкованого) впливу. При цьому дві останні групи методів збігаються в цілому з широківідомими визначеннями адміністративних та економічних методів управління» [456, с. 52].

С. М. Алфьоров поділяє методи на пізнавально-програмуючі (загальні, загальнонаукові та спеціальнонаукові методи) та організаційно-регулюючі, зазначаючи, що «організаційно-регулюючі методи управління (методи впливу) – це способи, прийоми організації та регулювання процесів і явищ з метою їх удосконалення. До них належать: переконання, адміністративні, економічні, психологічні, примус» [21, с. 68]. Не можна однозначно погодитися з виділенням таких видів методів хоча б тому, що владні методи характерні для адміністративного права, як і переконання та примус. Більш того, перші включають методи, які застосовуються під час управлінських процесів, що обумовлюється специфікою адміністративного права. Разом з тим економічні та

психологічні методи хоча і не відносяться до методів керування, але сприяють організації управлінських процесів, забезпечуючи їх втілення. У такому контексті слід підтримати А. Г. Ахламова, який виділяє такі групи методів дії держави на процеси економічного (господарського) характеру системи охорони здоров'я: «1. До першої групи методів – економічних методів – відноситься регулювання охорони здоров'я через формування і використання бюджетних засобів, призначених для покриття потреб всієї системи охорони і зміцнення здоров'я, включаючи витрати, пов'язані з підготовкою медичних кадрів. 2. До організаційних методів регулювання відноситься створення державних відомчих служб охорони здоров'я. Йдеться про військову, транспортну, судову, медичну служби, інші спеціальні види медичного забезпечення, що знаходяться винятково під державним контролем і лише в цих рамках здатні виконувати покладені на них специфічні завдання. 3. До правових методів регулювання відносяться: розробка, ухвалення і реалізація законів, інших нормативних документів, що встановлюють порядок і регламентують економічну діяльність в охороні здоров'я» [24, с. 39]. Отже, дослідження адміністративно-правових методів забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні не можливо без розгляду економічних і психологічних методів.

Я. Ф. Радиш, досліджуючи питання менеджменту та управління організаціями у сфері охорони здоров'я, розглядає економічні методи управління як систему засобів, прийомів, специфічних інструментів, які застосовуються з метою створення сприятливих умов розвитку вказаної сфери. Вчений вказував, що «економічний механізм функціонування та розвитку підприємств припускає використання методу комерційного розрахунку, виходячи з глобальної господарської політики і цілей підприємства, зокрема в галузі забезпечення рентабельності виробництва та збуту, розподілу капіталовкладень і розташування виробництва; фінансування й кредитування; розвитку технології, кадрової політики, політики придбання нових підприємств і структури капіталу тощо» [52, с. 47].

Більш конкретні економічні методи, що застосовуються у сфері охорони здоров'я, у своєму дослідженні виділяє Ю. Б. Іванов, поділяючи їх на прямі та непрямі методи. Методи непрямого регулювання, на відміну від методів прямого впливу, опосередковано впливають на поведінку суб'єктів, зокрема через створення особливих умов – економічного середовища, які змушують таких суб'єктів до якоїсь конкретної поведінки. Методи державного регулювання економіки у сфері охорони здоров'я поділяються також: «а) за видом ринку сфери охорони здоров'я, на регулювання відносин якого спрямоване застосування інструменту: інструменти, що застосовуються для регулювання відносин на ринку послуг з охорони здоров'я; інструменти, котрі застосовуються для регулювання відносин на ринку медичних технологій; інструменти, що застосовуються для регулювання відносин на ринку медичного обладнання; інструменти, які застосовуються для регулювання відносин на фармацевтичному ринку; інструменти, що застосовуються для регулювання відносин на ринку медичного страхування; інструменти, які застосовуються для регулювання відносин на ринках праці медичних кадрів та освітніх послуг у сфері охорони здоров'я; б) за напрямом застосування інструменту на ринках сфери охорони здоров'я: інструменти, що застосовуються для стимулювання розширення пропозиції та підвищення якості товарів і послуг; інструменти, які застосовуються для стимулювання розширення платоспроможного попиту на товари та послуги» [32, с. 103].

Психологічні методи, які пов'язані з управлінськими процесами у сфері охорони здоров'я, визначаються як «сукупність конкретних прийомів впливу на процеси формування та розвитку трудових колективів, соціальні процеси, що відбуваються всередині них, структуру зв'язків споживачів, інтереси, стимули, соціальні завдання» [52, с. 53]. Вони поділяються на методи організаційного (наприклад, постановка мотиваційних цілей або реалізація заходів, пов'язаних із залученням персоналу до участі у справах підприємства, а в нашому випадку до вирішення проблем у системі охорони здоров'я) та морального характеру (реалізуються за допомогою встановлення морально-етичних норм, моральних

стимулів, налагодження взаємовідносин між керівництвом та підпорядкованим персоналом).

Узагальнюючи наведене та враховуючи юридичну природу адміністративно-правових методів забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні, можна визначити їх характерні риси:

– засоби, прийоми, способи, які є неоднорідними за своїм змістом і сутністю та характеризуються як імперативністю, так і диспозитивністю;

– вони застосовуються лише уповноваженими суб'єктами, як правило, органами державної влади, рідше – фізичними та юридичними особами державної та приватної форм власності;

– їх застосування спрямоване на виконання проміжних завдань, які ставляться в межах системи охорони здоров'я та досягнення загальної мети – забезпечення функціонування та прогресивний розвиток сфери охорони здоров'я;

– досягнення вказаних проміжних завдань і загальної мети стає можливим, в тому числі за рахунок упорядкування адміністративно-правових відносин, що формуються у сфері охорони здоров'я за допомогою застосування конкретних методів;

– включають в себе не тільки класичні юридичні методи. Їх зміст межує між юриспруденцією та державним управлінням, а також доповнюються іншими видами методів – економічними та психологічними [163, с. 77].

Отже, під методами забезпечення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні пропонуємо розуміти комплекс неоднорідних засобів, прийомів і способів імперативного та диспозитивного характерів, які застосовуються уповноваженими суб'єктами з метою забезпечення функціонування та прогресивного розвитку сфери охорони здоров'я шляхом прямого та опосередкованого впливу на адміністративно-правові відносини, що виникають у цій сфері.

Залежно від визначальної ознаки – характеру впливу на забезпечення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – доцільно

виділяти прями (загальноправові та спеціальні) та непрями (економічні та психологічні) методи впливу, зміст яких детально описаний вище.

З методами забезпечення адміністративно-правових відносин тісно пов'язана інша юридична категорія – форма, яка фактично відображає результат застосування перших. Форма – це «спосіб існування змісту, невіддільний від нього, який служить його виразом; його внутрішня структура, організація і зовнішній вираз; тип, будова, спосіб організації чого-небудь; зовнішній вияв якого-небудь явища, пов'язаний з його сутністю, змістом; спосіб здійснення, виявлення будь-якої дії; сукупність процесів або дій, що ведуть до утворення й удосконалення взаємозв'язків між частинами цілого» [108, с. 99–100]. Наведене певним чином відбивається у таких поняттях, що розкривають сутність діяльності управлінського характеру чи адміністративно-правової діяльності запропонованих ученими в галузі адміністративного права:

1) «зовнішньо виражена дія суб'єктів публічної адміністрації, що здійснюється в межах їх компетенції для виконання поставлених перед ними завдань і тягне за собою певні наслідки» (О. В. Кузьменко) [210, с. 98];

2) «зовнішнє вираження однорідних за своїм характером і правовою природою груп адміністративних дій публічної адміністрації, здійснене в межах режиму законності та компетенції для досягнення адміністративно-правової мети – публічного забезпечення прав і свобод людини і громадянина, нормального функціонування громадянського суспільства й держави» (В. В. Галуцько) [60, с. 178];

3) «зовнішньо виражена дія виконавчого органу (посадової особи), що здійснюється в межах його компетенції і викликає певні наслідки» (Ю. М. Козлов) [187, с. 138];

4) «волевиявлення виконавчо-розпорядчого органу (посадової особи), здійснене у межах режиму законності та його комплекції для досягнення управлінської мети – вираження у зовнішньому вигляді конкретних дій державних органів, їхніх структурних підрозділів і посадових осіб, які

здійснюються у процесі виконавчої діяльності й спрямовані на реалізацію функцій управління» (Т. О. Коломоєць) [190, с. 54].

Наведені визначення свідчать, що форми такої діяльності відображаються в конкретних діях, які мають матеріальне вираження, і тягнуть за собою настання певних наслідків – це той результат, який можна спостерігати. Тому слід погодитися з думкою Є. О. Агеєва, що «проблема форм управлінської діяльності знаходиться на межі двох наук: адміністративного права і науки управління». Це обумовлюється такими причинами: «а) органи державного управління та їх посадові особи здійснюють свою діяльність не тільки у правових формах; б) питання про удосконалення форм управлінської діяльності знаходиться в площині дослідження шляхів підвищення ефективності діяльності державного апарату, що входить у предмет науки управління» [233, с. 5–6].

Залежно від наявності юридичних наслідків здійснення управлінської діяльності (встановлення, зміна чи припинення адміністративно-правових відносин) її форми прийнято поділяти на правові та неправові [13, с. 122–126; 28, с. 151; 205, с. 100; 34, с. 176–179; 210, с. 100; 198, с. 161–165]. Одночасно в науці адміністративного права існують різні підходи щодо визначення форм управлінської діяльності. Так, А. П. Коренєв, указуючи на існування правових і неправових форм управління, класифікує перші за змістом: правотворчі (правоустановчі) і правозастосовні; за цілеспрямованістю: внутрішні та зовнішні; за способом вираження: словесні (письмові та усні) і конклюдентні. До неправових учинень відносить організаційні й матеріально-технічні дії [198, с. 161–165]. Погляди С. В. Ківалова щодо неправових форм не відрізняються від зазначених, утім до правових форм учинень відносить: «видання нормативних актів управління; видання індивідуальних актів управління; укладання адміністративних договорів; здійснення юридично значимих дій; проведення організаційних заходів; здійснення матеріально-технічних операцій» [34, с. 176–179].

Правові форми пов'язані з наявністю у суб'єкта повноважень, на підставі яких він може встановлювати конкретні правила поведінки шляхом відображення у нормах права і закріплення у нормативно-правових актах. Найчастіше така діяльність має місце під час здійснення розпорядчих повноважень з метою виконання положень національного законодавства та у процесі позасудового розгляду адміністративних справ у межах адміністративної юрисдикції. Отже, правові форми управлінської діяльності стосуються видання нормативних та індивідуальних актів управління. Нормативні акти управління видаються органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, а також керівниками підприємств, установ, організацій та адресовані невизначеному колу осіб. На відміну від нормативних актів управління, індивідуальні акти не призначені для регулювання широкого кола адміністративно-правових відносин, а є підставою виникнення, зміни чи припинення конкретних адміністративно-правових відносин та мають чітко визначеного адресата (адресатів) та здебільшого застосовуються лише один раз [153, с. 66].

Правові форми управлінської діяльності не можуть охопити всю її різноманітність. Тому поза межами правових форм залишаються ті дії, які не тягнуть за собою настання юридичних наслідків, тобто не призводять до виникнення, зміни чи припинення адміністративно-правових відносин. Водночас вони є не менш важливими для виконання поставлених перед суб'єктами управлінської діяльності завдань, без яких їх виконання вбачається неможливим. Йдеться про неправові форми управлінської діяльності, зокрема проведення організаційних заходів і здійснення матеріально-технічних операцій, які носять організаційний, а не нормативний характер. Вони або передують правовим формам або є їх наслідком, а тому безпосередньо пов'язані з правом, хоча і здійснюють опосередкований, а не безпосередній вплив. Прикладами неправових форм управлінської діяльності можуть бути: роз'яснення змісту окремих положень нормативно-правових актів; організація та проведення нарад та інструктажів; здійснення контролю та нагляду;

розроблення та реалізація спеціалізованих програм або профільних конференцій, круглих столів, публічних обговорень; процедура добору кадрів тощо. До неправових форм Ю. І. Крегул відносить: «проведення нарад, обговорень, перевірок, розробку проектів, планів, прогнозів, програм, методичних рекомендацій, заходів щодо підвищення якості та ефективності управлінської роботи» [203, с. 276]. Неправові заходи характеризуються систематичністю, їм не властиве обов'язкове юридичне закріплення, незважаючи на те, що окремі результати такої діяльності можуть бути відображені документально. Матеріально-технічні операції призначені для опосередкованого забезпечення управлінського процесу шляхом створення умов і надання необхідних матеріально-технічних ресурсів для провадження діяльності, спрямованої на виконання поставлених завдань. Як слушно зазначає В. І. Теремецький, «організаційні (неправові) заходи є окремою формою управлінської діяльності у сфері податкових правовідносин, що не тягне за собою настання юридичних наслідків. ... вони спрямовані на забезпечення ефективної діяльності певної системи управління та поділяються на організаційні дії та матеріально-технічні операції» [513, с. 71].

Наразі серед матеріально-технічних операцій відокремлюють: «а) діловодські (всі операції, які пов'язані з виготовленням документів органами управління і яким притаманні технічний характер листування, передрук, розмноження і т. ін.); б) безпосереднє виконання приписів правових актів, якщо воно має матеріальний (технічний) характер (операції про передачу засобів або майна, видачу виконавчих документів, проведення конфіскації, оплатного вилучення і т. под.); в) реєстраційні, що мають самостійне значення (реєстрація фактів та подій у сфері управління); г) статистичні (збирання та оброблення статистичної інформації відповідно до встановлених правил); г) інформаційно-довідкові (складання та опрацювання доповідних записок, довідок за результатами перевірок, підготовка довідників і довідок про роботу органів управління, дача відповідних роз'яснень і консультацій на підставі інформаційних матеріалів); д) по систематизації матеріалів, у тому числі

правових актів (створення комплексних інформаційно-аналітичних систем для державних потреб); е) інформаційно-технологічні (впровадження інформаційних технологій в різних ланках державного управління)» [13, с. 125–126].

Всі зазначені форми управлінської діяльності досліджувалися з урахуванням специфіки предметів наукових досліджень. Наприклад, А. М. Чорна, визначаючи сутність та значення адміністративно-правового забезпечення прав суб'єктів підприємницької діяльності у сфері оподаткування, зазначає: «Основною формою діяльності органів виконавчої влади, місцевого самоврядування, інших суб'єктів, уповноважених на виконання функцій публічного управління, є застосування адміністративно-правових норм, оскільки результатом такої діяльності є прийняття цими органами індивідуальних юридично-владних рішень, тобто здійснення безпосереднього керівного впливу на розвиток конкретних правових відносин» [538, с. 129].

Серед основних форм забезпечення Національною поліцією публічної безпеки і порядку під час проведення масових заходів А. В. Долинний виділяє: «1) правові форми: нормотворча та правозастосовна (регулятивна, правоохоронна) діяльність; 2) неправові (організаційні) форми (перевірки, наради, обговорення, консультації тощо); 3) організаційно-правові (одночасно мають ознаки і правової, і неправової форми)» [108, с. 102–103], уточнюючи те, що інколи неможливо однозначно відрізнити правову форму від неправової. Тому в літературі значна увага приділяється організаційно-правовій формі управлінської діяльності.

Досліджуючи форми адміністративно-правового забезпечення безпеки авіаційних перевезень, Р. А. Калюжний доходить такого висновку: «Організаційно-правове забезпечення безпеки польотів на авіаційному транспорті здійснюється у правотворчій, правозастосовній та контрольно-наглядній формах. Остання знаходить своє виявлення у контрольно-наглядній діяльності, яка дає можливість своєчасно виявляти причини порушень, виправляти стан справ у запрограмованому процесі» [138, с. 37].

А. А. Іванищук до форм діяльності публічної адміністрації у сфері забезпечення судової гілки відносить: «видання підзаконних нормативно-правових та індивідуальних адміністративних актів (положень, інструкцій, рішень органів суддівського самоврядування та Вищої ради правосуддя, указів Президента України, постанов Кабінету Міністрів України, наказів ДСА), надання публічною адміністрацією адміністративних послуг, укладення адміністративних договорів із метою забезпечення ефективності діяльності судової гілки влади, вчинення інших юридично значущих адміністративних дій (реєстрація документів у канцелярії суду, фіксація процесу судового засідання та ін.), здійснення матеріально-технічних операцій (ведення суддівського дос'є, використання технічних засобів, фінансування судової гілки влади, забезпечення судів приміщеннями)» [135, с. 275].

Необхідно звернути увагу на те, що правові та неправові форми забезпечення адміністративних відносин знаходять своє відображення в чинних нормативно-правових актах. Саме тому визначення форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні неможливе без аналізу положень відповідних законів і підзаконних нормативно-правових актів. Насамперед йдеться про основоположний закон у цій сфері – Закон № 2801-ХІІ, де визначені засади організації охорони здоров'я, частиною якого є забезпечення адміністративно-правових відносин. Зокрема, у ст. 15, 16 вказаного Закону визначені органи охорони здоров'я, відповідні заклади та їх посадові особи, які безпосередньо реалізують діяльність, що відображається у формах забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я. Останні також містяться в низці інших нормативно-правових актів, серед яких: Положення про МОЗ України, затверджене постановою Кабміну України від 25.03.2015 № 267 [346]; Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, затверджене постановою Кабміну України від 12.08.2015 № 647 [342]; Положення про Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, затверджене постановою Кабміну України від 11.07.2007 № 926 [97]; Положення про клінічний заклад охорони здоров'я, затверджене

наказом МОЗ України від 05.06.1997 № 174 [345]. Як особливу категорію суб'єктів, що здійснюють управлінську діяльність в системі охорони здоров'я, слід відмітити Верховну Раду України, Президента України, Кабмін України, діяльність яких частково знаходить своє відображення у формах забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я та закріплена у ст. 85, 116-117, 106 Конституції України [196]. До цієї категорії можна віднести й органи місцевого самоврядування, а саме: виконавчі органи сільських, селищних, міських рад, яким законодавством надано ряд повноважень у сфері охорони здоров'я (ст. 32 Закону України «Про місцеве самоврядування» [397]).

Системне вивчення наукових досліджень і нормативного забезпечення сфери охорони здоров'я дозволяє виділити такі види адміністративно-правових форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні:

1. Правові форми (здійснення дій, які призводять до правових наслідків – виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я):

а) діяльність, пов'язана з прийняттям законів та інших нормативно-правових актів, а також виданням актів управління нормативного та індивідуального характерів з метою регулювання окремих організаційно-функціональних процесів системи охорони здоров'я (правотворча та нормотворча діяльність);

б) підготовка та прийняття юридично-значущих рішень у сфері охорони здоров'я на підставі правових норм (правозастосовна діяльність);

в) укладання адміністративних договорів (багатосторонніх актів у формі угод, обов'язковим учасником яких є специфічний суб'єкт (орган виконавчої влади), на підставі якого виникають, змінюються та припиняються права й обов'язки учасників угоди) з метою забезпечення функціонування системи охорони здоров'я;

г) надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я, зокрема, діяльність щодо ліцензування, стандартизації та проведення акредитації;

г) здійснення інших дій, які мають юридичне значення та тягнуть правові наслідки в межах системи охорони здоров'я (проходження курсів підвищення кваліфікації лікарями, складання присяги лікаря тощо).

2. Неправові форми (їх вчинення прямо не призводять до юридично значимих наслідків, але сприяє реалізації правових форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я):

а) діяльність організаційного характеру (здійснення контролю, нагляду, моніторингу за різними процесами сфери охорони здоров'я, наукове забезпечення функціонування цієї галузі, а також організація та проведення нарад, обговорень, круглих столів, конкурсів тощо);

б) діяльність, спрямована на матеріально-технічне забезпечення функціонування галузі охорони здоров'я, яка здійснюється з метою надання всіх необхідних матеріальних і технічних ресурсів.

Загальна сутність форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні розкривається через такі характерні ознаки: можуть мати як правовий, так і неправовий характер; виражають зовнішню діяльність суб'єктів управління в системі охорони здоров'я, результати якої можна спостерігати; є нормативно обмеженими, оскільки передбачені компетенцією суб'єктів управління та реалізуються на підставі норм права, зокрема адміністративних; обумовлені необхідністю виконання завдань і вирішенням проблем, поставлених перед ними у сфері охорони здоров'я; переважно мають юридичну регламентацію; тягнуть за собою настання зазвичай наслідків юридичного характеру чи призводять до здійснення юридично-значущих дій [153, с. 68].

На основі зазначених характерних ознак пропонуємо власне визначення форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні – це нормативно-визначені прояви зовнішньої діяльності суб'єктів владних повноважень у сфері охорони здоров'я, що спрямовані на реалізацію поставлених перед відповідними суб'єктами завдань, які мають правовий та/або

організаційний характер, та призводять до настання юридичних наслідків або здійснення юридично-значущих дій [153, с. 68].

Системне вивчення наукових досліджень і нормативної бази, що регулює сферу охорони здоров'я, дозволяє виділити такі види форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні: правові та неправові. Реалізація правових форм призводить до правових наслідків – виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, саме тоді, коли здійснення неправових форм прямо не призводить до юридично значимих наслідків, але сприяє реалізації правових форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я. Одним з видів правових форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні є адміністративно-правові форми, до яких необхідно віднести: діяльність, пов'язану з прийняттям законів та інших нормативно-правових актів, а також виданням актів управління нормативного та індивідуального характерів; підготовку та прийняття юридично-значущих рішень у сфері охорони здоров'я на підставі правових норм; укладення адміністративних договорів; надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я; здійснення інших дій, які мають юридичне значення та тягнуть правові наслідки в межах системи охорони здоров'я [153, с. 68].

З огляду на значущість правових форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні слід констатувати об'єктивну необхідність їх подальшого дослідження. Звичайно, їх різноманітність і змістовність не дозволяє визначити їх в межах окремого підрозділу чи підрозділів наукової роботи та може стати самостійним предметом окремого дослідження. Тому автор цієї роботи обмежився їх розглядом у межах адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я та визначенням особливостей їх реалізації.

3.3. Адміністративні процедури у сфері охорони здоров'я та особливості їх реалізації

Інститут адміністративних процедур хоча і є відносно новим для адміністративного права, утім поряд з іншими інститутами (принципи адміністративного права, адміністративна відповідальність та ін.) входить до його системи. Сама по собі категорія «адміністративна процедура» є достатньо змістовною, а тому сутність її складових елементів є предметом дискусій у науці адміністративного права, наслідком яких є різні погляди на її юридичну природу та значення. Адміністративні процедури мають місце у всіх сферах суспільного життя, що віднесені до відання держави, зокрема до сфери охорони здоров'я. Актуальність їх дослідження обумовлюється необхідністю переосмислення багатьох фундаментальних понять адміністративного права, обумовлених реформуванням цієї галузі та поширенням моделі здійснення публічно-сервісної діяльності. При цьому необхідно розуміти, що адміністративні процедури у сфері охорони здоров'я є одним із видів адміністративних процедур, які зі свого боку є різновидом юридичної процедури та співвідносяться між собою як частина і ціле. У такому разі доцільно використовувати дедуктивний підхід (від загального до конкретного), який забезпечить ґрунтовний і всебічний розгляд адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я та дозволить визначити особливості їх реалізації і перспективні напрями вдосконалення національного законодавства.

У загальному розумінні процедура означає «офіційно встановлений чи узвичаєний порядок здійснення, виконання або оформлення чого-небудь» [475, с. 343]. Саме це тлумачення лягло в основу визначення процедури як терміну, який вживається в юриспруденції. В юридичній енциклопедії зазначено, що під юридичною процедурою необхідно розуміти «врегульований законом, іншими нормативно-правовими актами порядок, який складається з послідовних дій і спрямований на досягнення правового результату» [549, с. 185–186]. Більш лаконічне визначення юридичної процедури міститься в Словнику термінів з

теорії держави та права: «складова юридичного процесу, що визначає порядок учинення певної процесуальної дії» [471, с. 131]. На думку С. Д. Гусарєва та О. Д. Тихомирова, юридична процедура «визначає зміст юридичної діяльності, здійснюються юристами з метою отримання правового результату у задоволенні законних потреб та інтересів соціальних суб'єктів відповідно до вимог права» [81, с. 48–49].

Юридична процедура є завершеним процесом, включає власні етапи та стадії, основним змістом яких є упорядкована діяльність суб'єктів-учасників таких правовідносин. Як справедливо відзначає В. І. Теремецький, «процедура виступає нічим іншим як інструментарієм, що покликаний сприяти суб'єктам відповідних правовідносин у здійсненні їх власних завдань і мети через встановлення найбільш доцільного та ефективного порядку (послідовності) реалізації цими суб'єктами своїх прав, виконання обов'язків і повноважень в певній сфері суспільного життя» [508, с. 96–97]. Зважаючи на статус учасників таких правовідносин, де один із них обов'язково є органом державної влади чи її посадовою особою, такі процедури будуть носити офіційний характер. Порядок здійснення юридичної процедури регламентований нормами матеріального права, що міститься у чинному законодавстві, а їх вчинення спрямоване на досягнення конкретної мети. При цьому кожне діяння, реалізоване в межах юридичних процедур, тягне за собою певні наслідки, які визначають подальший характер таких відносин. Саме таке розуміння юридичної процедури лягло в основу категорії адміністративної процедури, чимало визначень якої існує в теорії адміністративного права [173, с. 49].

Наразі в адміністративно-правовій доктрині незавершеною є дискусія з приводу співвідношення понять «адміністративна процедура» та «адміністративний процес». Утім зазначимо, що їх доцільно відрізнити хоча б з огляду на різну етимологію та сукупність характерних ознак. До останніх відносять такі: а) адміністративні процедури ґрунтуються на положеннях чинних нормативно-правових актів; б) передбачають упорядковану повсякденну діяльність суб'єктів здійснення адміністративних процедур;

в) регламентують порядок розгляду та вирішення певних адміністративних питань; г) у кожному окремому випадку мають свою ціль, при цьому здійснюються з загальною метою – сприяти в реалізації та безпосередньо охороні прав, свобод та інтересів осіб як фізичних, так і юридичних; г) найчастіше результатом здійснення адміністративних процедур є прийняття чи ухвалення акта управлінського характеру [10, с. 200]; д) здійснюються не лише на основі правових норм, а й спеціальних принципів, які визначають подальші напрями їх спрямованості; е) кожна стадія адміністративної процедури є підставою для виникнення сукупності певних специфічних прав і обов'язків; є) зазвичай не носять спірного характеру, виключенням з цього правила є розгляд і вирішення звернень громадян (скарг) щодо оскарження діянь органів державної виконавчої влади [36, с. 7–8]; ж) «ухвалення індивідуального адміністративного акта здійснюється через опосередкування розсуду суб'єкта публічної адміністрації» [11, с. 223], у цьому випадку йдеться про адміністративний розсуд – «законні дискреційні повноваження адміністративного органу, що обмежені чіткими правовими межами і підпорядковуються низці принципів конституційного та адміністративного права» [299, с. 22]. Під час застосування останнього доцільно спиратися на положення Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи від 11.03.1980 № R (80) 2 щодо реалізації дискреційних повноважень: 1. не має мети, крім тієї, для якої було надано повноваження; 2. дотримується об'єктивності та неупередженості, беручи до уваги лише фактори, що мають відношення до особливих випадків; 3. дотримується принципу рівності перед законом, уникаючи нечесної дискримінації; 4. підтримує належний баланс між будь-якими несприятливими наслідками у сфері охорони та захисту прав, свобод або інтересів осіб та позначаються на досягненні цілей, яких вона прагне; 5. приймає своє рішення протягом часу, прийнятеного з огляду на поставлене питання; 6. застосовує будь-які загальні адміністративні директиви послідовно, одночасно беручи до уваги особливі обставини кожної справи [560].

Адміністративні процедури передбачають діяльність суб'єктів управління (органів державної виконавчої влади), пов'язану з розглядом і вирішенням адміністративних справ або укладенням адміністративних договорів, регламентовану національним законодавством, що здійснюється з метою забезпечення функціонування тієї чи іншої сфери, а також гарантування прав і свобод осіб. Водночас для того, щоб визначити особливості реалізації адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я, необхідно дослідити зміст кожної з них [173, с. 49].

Реєстраційні процедури. Здійснення таких процедур в основному передбачає встановлення певного статусу фізичної чи юридичної особи та порядку використання об'єктів. Вони також можуть бути спрямовані на виконання обов'язку певними особами. У системі охорони здоров'я реєстраційні процедури мають місце при необхідності здійснення державної реєстрації: а) медичної техніки, інших виробів медичного призначення, а також осіб, які вводять їх в обіг (Технічний регламент щодо медичних виробів, затверджений постановою Кабміну України від 02.10.2013 № 753 [385]); б) живонароджених і мертвнонароджених (Порядок реєстрації живонароджених і мертвнонароджених, затверджений наказом МОЗ України від 29.03.2006 № 179 [374]); в) хворих на туберкульоз (Порядок ведення реєстру хворих на туберкульоз, затверджений наказом МОЗ України від 19.10.2012 № 818 [354]); г) донорів крові та її компонентів (Закон України «Про донорство крові та її компонентів» [323]; Положення про порядок видачі посвідчення донора крові та (або) її компонентів, затверджене постановою Кабміну України від 15.12.1997 № 1407 [347]); г) хворих, які потребують імплантації електрокардіостимуляторів (Закон України «Про імплантацію електрокардіостимуляторів» [390]); д) рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини, включені до таблиць II і III переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» [399]); е) косметичних засобів, які містять генетично модифіковані організми або отримані з їх використанням

(Порядок державної реєстрації косметичних та лікарських засобів, які містять генетично модифіковані організми або отримані з їх використанням, затверджений постановою Кабміну України від 18.02.2009 № 114 [361]);
є) харчових добавок та ароматизаторів (Закон України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» [404]);
ж) дезінфікуючих засобів (Порядок державної реєстрації (перереєстрації) дезінфекційних засобів, затверджений постановою Кабміну України від 03.07.2006 № 908 [359]); з) лікарських засобів, зокрема тих, що містять генетично модифіковані організми або отримані з їх використанням, а також медичних імунобіологічних препаратів (Порядок державної реєстрації (перереєстрації) лікарських засобів і розмірів збору за їх державну реєстрацію (перереєстрацію), затверджений постановою Кабміну України від 26.05.2005 № 376 [360]).

Наведемо конкретний приклад необхідності проходження реєстраційної процедури, особливість якої полягає в тому, що предметом реєстрації в цьому випадку виступає не об'єкт медичного характеру, а особа. Так, відповідно до п. 31 Технічного регламенту щодо медичних виробів, затвердженого постановою Кабміну України від 02.10.2013 № 753 [385], кожен виробник медичних виробів, який від власного імені вводить їх в обіг, або фізична чи юридична особа, відповідальна за комплектування медичного набору, повинні надати Держлікслужбі відомості про своє місцезнаходження та перелік з повним описом відповідних медичних виробів. Таке повідомлення є підставою для реєстрації фізичної чи юридичної особи, яка провадить такого роду діяльність, і внесення відомостей про неї до Реєстру осіб, відповідальних за введення медичних виробів в обіг [173, с. 49–50].

Проаналізувавши положення вказаних вище нормативно-правових актів, можна виділити такі особливості реєстраційних процедур в системі охорони здоров'я. По-перше, вказані процедури мають на меті зафіксувати відомості про об'єкти, суб'єктів або факти зміни фізичного чи психологічного стану особи. По-друге, норми, які регламентують таку процедуру, переважно

містяться в спеціалізованих нормативно-правових актах і передбачають умови, які особа повинна виконати для того, щоб суб'єкт реєстрації мав змогу її здійснити. По-третє, найчастіше однією з обов'язкових умов є подання пакету документів, який містить інформацію про об'єкт реєстрації, рідше – реєстраційні процедури не потребують подання документації, зокрема у разі, коли вони пов'язані зі зміною фізіологічного чи психологічного стану особи та супроводжується внесенням відомостей про це до облікових документів медичної установи чи спеціальних реєстрів. По-четверте, реєстраційна процедура на підставі зміни стану особи (фізичного чи психічного) здійснюється автоматично та не потребує будь-яких дій від особи, тобто фактично йдеться про односторонні дії суб'єкта реєстрації, внаслідок яких перша може отримати підтверджуючі адміністративні документи. По-п'яте, правила реєстраційних процедур найчастіше передбачають необхідність взаємодії суб'єктів, які провадять реєстрацію з іншими суб'єктами системи охорони здоров'я, наприклад, інформування останніх про факт звернення особи чи зміну її стану, що є однією з необхідних умов продовження процесу реєстрації [173, с. 50].

Дозвільні процедури. Зазначений вид процедур передбачає отримання спеціального документу – дозволу на здійснення дій, що мають юридичне значення або провадження окремих видів діяльності. Метою видання дозволів є охорона прав і свобод громадян, у першу чергу права на життя та здоров'я, забезпечення нормального фізичного та емоційного стану осіб. Дозвіл у такому разі виступає одним із засобів регулювання адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я [173, с. 50].

Цікавим є той факт, що деякі вчені (наприклад, В. М. Пашков [283]), розглядають ліцензування як окремий вид дозвільної процедури. Вважаємо, що ці види процедур слід розрізняти, адже отримання дозволу не завжди передбачає проходження процедури ліцензування, що необхідна для початку здійснення певних видів діяльності, зокрема господарського характеру. Більше того, після завершення вказаних процедур видаються різні юридичні документи

– дозвіл і ліцензія, що мають неоднакову форму, структуру і вигляд. Імовірно, що підґрунтям для ототожнення дозвільної процедури та процедури ліцензування стала відсутність усталеної законодавчої позиції. Так, у Порядку видачі медичної довідки для отримання дозволу (ліцензії) на об'єкт дозвільної системи, затвердженому наказом МОЗ України від 20.10.1999 № 252 [356], дозвіл і ліцензія вживаються як тотожні. Тоді як в окремих нормах законодавства у сфері охорони здоров'я чітко вказано на необхідність отримання саме дозволу, а не ліцензії. Як приклад наведемо положення ст. 74-1 Закону № 2801-ХІІ [270], де закріплено, що особа може займатися народною медициною чи цілительством тільки після отримання спеціального дозволу відповідно до Порядку видачі спеціального дозволу на заняття народною медициною (цілительством), затвердженого постановою Кабміну України від 03.12.2012 № 1145 [357]. Отже, у цьому разі йдеться про отримання дозволу внаслідок реалізації такої процедури, а не ліцензії [173, с. 50].

Щоправда сьогодні у МОЗ України жваво обговорюється питання щодо виключення вказаної статті [254], виходячи з достатньої кількості спеціалістів, які мають медичну освіту та можуть надавати кваліфіковану допомогу, а народна медицина (цілительство) не завжди використовує методи, безпечні для життя та здоров'я громадян, додатково зазначаючи, що: «по-перше, законодавством не передбачено критерії підтвердження досвіду багатьох поколінь та усталеності в народних традиціях. По-друге, будь-які методи оздоровлення, діагностики та лікування мають бути безпечними та дієвими для пацієнтів. Існуюча процедура атестації та експертизи цілителів не дозволяє МОЗ України видати жодному з них дозвільні документи, оскільки неможливо гарантувати безпечність використовуваних ними методів для пацієнтів. Крім того, проходження навчання з основ медичних знань особою, яка не має спеціальної медичної освіти, не дає можливості якісно та своєчасно надавати медичну допомогу пацієнтам» [431].

Для дозвільних процедур, що здійснюються в системі охорони здоров'я, характерним є і те, що дозволи можуть мати різну юридичну форму. Зокрема, у

п. 9 Положення про МОЗ України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267, до його повноважень віднесено надання дозволу на «ввезення незареєстрованих в Україні лікарських засобів в установленому законодавством порядку» [346]. Тобто йдеться про дозвільну процедуру, результатом якої є отримання не дозволу, а повідомлення – «листа із зазначенням інформації щодо можливості або неможливості ввезення на митну територію України незареєстрованих лікарських засобів, стандартних зразків, реагентів, засвідчений підписом керівника уповноваженого підрозділу МОЗ України або його заступників, який видається за наслідками відповідного опрацювання наданих заявником документів на безоплатній основі» [353]. Іншим видом дозволу є сертифікат, який особа отримує внаслідок «проведення сертифікації виробництва лікарських засобів, лікарських засобів для міжнародної торгівлі, а також сертифікації підприємств, які здійснюють оптову реалізацію (дистрибуцію) лікарських засобів» [353].

Окрім цього, до дозвільних процедур необхідно відносити не тільки такі, результатом яких є отримання різного виду документів-дозволів, а й дозволи, що оформлюються рішенням або отримуються внаслідок погодження. Такі дозволи зазвичай не персоніфіковані. Вони надають право на здійснення будь-яких дій певному колу суб'єктів. Основним суб'єктом реалізації таких процедур є МОЗ України. Такий висновок випливає з аналізу повноважень цього органу, до яких слід віднести надання дозволу: а) суб'єктам господарювання здійснювати цивільний захист населення; б) на методи та способи проведення профілактики, діагностики, лікування, реабілітації, а також застосування імплантації електрокардіостимуляторів та анатомічних матеріалів (шляхом затвердження переліку медичних показань, за умови яких необхідно провести таку діяльність); в) на вилучення у донора-трупа, плода дитини окремих органів, тканин і їх компонентів або фрагментів, анатомічних утворень і фетальних матеріалів; г) на застосування лікарських засобів на території держави, які відпускаються в аптеках і їх структурних підрозділах без рецептів;

г) узгодження нормативної та технічної документації у сфері виробництва лікарських засобів [173, с. 50].

Відповідно до п. 3 постанови Кабміну України від 29.03.2017 № 348 «Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби», Держпродспоживслужба також виконує «завдання і функції з реалізації державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення та із здійснення контролю (нагляду) за дотриманням вимог санітарного законодавства (крім 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)» [95].

Дозвільні процедури у сфері охорони здоров'я характеризуються тим, що є упорядкованою системою дій, що здійснюються спеціальними суб'єктами (переважно МОЗ України і Держпродспоживслужбою) та передбачають отримання документів різної юридичної форми (дозвіл, сертифікат, висновок, рішення, погодження). Серед таких дозвільних процедур доцільно розрізнити два види. Перший вид передбачає надання дозвільного документа особі, що надає їй право на здійснення сукупності дій або провадження діяльності, пов'язаної з охороною здоров'я громадян і медичної практикою. Результатом другого виду дозвільних процедур є прийняття рішення чи отримання погодження [173, с. 51].

Ліцензійна процедура. Ця процедура передбачає видачу (оформлення) ліцензій або дублікатів ліцензій (у разі втрати оригіналу), їх переоформлення, що супроводжується веденням ліцензійних справ і внесенням відомостей до відповідних реєстрів. У національному законодавстві існує понад 43 визначення поняття «ліцензія», які неоднаково розкривають його сутність. Наведемо ті з них, які стосуються сфери охорони здоров'я: 1) «документ державного зразка, який засвідчує право ліцензіата на провадження господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, крім діяльності банків пуповинної крові, інших

тканин і клітин людини, за умови виконання Ліцензійних умов» [333] (Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, крім діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини, затверджені наказом МОЗ України від 04.02.2011 № 65); 2) «запис у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань про рішення органу ліцензування щодо наявності у суб'єкта господарювання права на провадження визначеного ним виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню» [396] (п. 5 ч. 1 ст. 5 Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності»), а власне ліцензування у цьому випадку розглядається як засіб, за допомогою якого держава регулює здійснення окремих видів господарської діяльності з метою захисту інтересів держави та суспільства. У сфері охорони здоров'я таке регулювання здійснює: 1) МОЗ України щодо реалізації медичної практики та діяльності банків крові, тканин та клітин людини [396; 334]; 2) Держлікслужба, яка видає ліцензію на провадження господарської діяльності, пов'язаної з виробництвом, торгівлею та імпортом лікарських і наркотичних засобів, речовин, що мають психотропний ефект і прекурсори [342; 335].

Інспекційні процедури відносяться до втручальних процедур, оскільки здійснюються за ініціативою суб'єкта, до кола повноважень якого віднесено здійснення такого виду діяльності, а їх зміст тяжіє до контрольно-наглядової діяльності. В науці адміністративного права інспекційні процедури розглядаються як «встановлений чинним законодавством порядок втручальної контрольно-наглядової діяльності суб'єктів публічного адміністрування, яка полягає у здійсненні перевірок дотримання законів та інших нормативно-правових актів» [10, с. 205]. Такі процедури мають на меті попередження та запобігання вчинення правопорушень суб'єктами, які підлягають перевірці на підставі звернень осіб, котрі вважають, що такі порушення мали місце, або при самостійному виявленні порушень норм національного законодавства.

Розглянемо зміст інспекційних процедур у системі охорони здоров'я на прикладі конкретної процедури систематичної перевірки процесу та умов виробництва лікарських засобів, яку провадить Держлікслужба. У контексті цієї процедури під інспектуванням розуміється «процедура оцінки відповідності фармацевтичної системи якості суб'єкта господарювання та фактичного стану наявних умов виробництва лікарських засобів та умов контролю якості чинним в Україні вимогам належної виробничої практики за місцем провадження діяльності (місцезнаходженням виробничих потужностей, у тому числі зон контролю якості та зон зберігання за контрактом (договором)» [372]. Під час проведення інспектування важливо встановити відповідність тієї чи іншої діяльності вимогам належної виробничої практики (Good Manufacturing Practice (GMP)), яка є «частиною забезпечення якості, яка гарантує, що продукцію постійно виробляють і контролюють за стандартами якості, які відповідають її призначенню, а також відповідно до вимог реєстраційного досьє або специфікації на цю продукцію» (п. 1.2 Настанови 42-4.0:2008 «Лікарські засоби. Належна виробнича практика», затвердженої Наказом МОЗ України від 16.02.2009 № 95) [260]. Підставами інспектування є: 1) звернення заявника чи його представника; 2) відсутність у нерезидента офіційних документів, які засвідчують відповідність процесу та умовам виробництва положенням настанови GMP; 3) прийняття рішення про вилучення з обігу певного лікарського засобу через невідповідність його якості; 4) встановлення ознак критичних порушень вимог, зокрема під час виробництва лікарських засобів або виявлення ознак фальсифікації останніх. Критичними порушеннями необхідно вважати: навмисну підробку, фальсифікацію чи перекручування змісту лікарського засобу чи даних про нього; cross-contamination (перехресну контамінацію, перехресне забруднення) масштабного характеру, тобто забруднення вихідного матеріалу чи проміжної продукції домішками хімічної, мікробіологічної природи або чужорідними речовинами, активними фармацевтичними інгредієнтами під час технологічного процесу виробництва, відбору проб, збереження чи транспортування перших; навмисну підробку,

викривлення або фальсифікацію продукції або даних; широке поширене перехресне забруднення; зараження (інвазію); антисанітарію.

Інспектування здійснюється за результатами проведення попередньої експертизи, під час якої перевіряється документація, надана виробником, після чого останньому протягом п'яти робочих днів повідомляється про початок інспектування та його можливість подати пропозиції щодо терміну проведення перевірки (які за загальним правилом не можуть перевищувати шести місяців з дати відправлення повідомлення). Для інспектування повинні бути складені та затверджені план і програма, де визначаються мета, об'єкт, дата проведення, відповідальний інспектор, а також зроблені їх копії, які необхідно надіслати заявнику не пізніше, ніж за десять днів до початку інспекційної процедури.

Зазначена процедура проводиться у строк не більше п'ятнадцяти днів безпосередньо інспекторами, а в окремих випадках із залученням фахівців та вчених, коли існує потреба у наявності спеціальних знань. Якщо у процесі проведення інспектування буде виявлено порушення, інспектор негайно повинен повідомити про цей факт керівництво об'єкта інспектування та Держлікслужбу, а у разі виявлення критичних порушень – у той же день проводиться нарада з обов'язковою участю виробника чи його представника. За результатами своєї роботи інспектор протягом десяти днів повинен скласти звіт національною мовою у двох примірниках за встановленою законодавчою формою, а для нерезидентів такий звіт протягом п'ятнадцяти робочих днів додатково перекладається англійською чи російською мовою. У ньому в обов'язковому порядку викладається рекомендація про видачу чи відмову у видачі відповідного документа (висновку, сертифіката), але остаточне рішення не пізніше, ніж за десять днів після складання звіту приймається Держлікслужбою. У разі необхідності цей строк може бути подовжений ще на п'ятнадцять днів, а сам документ повинен бути виданий не пізніше, ніж за десять днів після прийняття рішення, який попередньо узгоджується із заявником. За результатами проведеної перевірки заявник протягом п'яти днів має право подати свої зауваження. Описана нами процедура інспектування

носить загальний характер та загалом має місце в межах здійснення інших інспекційних процедур у сфері охорони здоров'я [160, с. 61–62].

Експертна процедура передбачає проведення досліджень технічного характеру, що потребує вихідних даних – об'єкта, щодо якого проводиться така процедура, та технічного обладнання, за допомогою якого вона здійснюється. Суб'єктами проведення експертиз у системі охорони здоров'я є:

1) МОЗ України щодо: реєстраційних матеріалів на лікарські засоби [370]; матеріалів клінічних випробувань [271]; матеріалів доклінічного вивчення лікарських засобів [369]; судово-медичної та судово-психіатричної експертиз [373; 332; 379]; медико-соціальної експертизи (з метою визначення ступеня здатності особи самостійно задовольняти власні потреби) [287]; експертизу тимчасової непрацездатності особи [344];

2) Державний експертний центр МОЗ України – «уповноважена МОЗ України спеціалізована експертна установа» [480] здійснює експертизу матеріалів для виробництва лікарських засобів і допоміжних речовин, які використовуються для їх виробництва.

Контрольно-наглядові процедури. Вони здійснюються з метою оперативного виявлення проблем і порушень чинного законодавства у сфері охорони здоров'я, сприяють їх вирішенню та завчасному усуненню, доки перші не завдали реальної невідвортної шкоди особам, їх правам і свободам. Суб'єктами реалізації контрольно-наглядових процедур у системі охорони здоров'я є МОЗ України щодо: процесу виробництва [365], контролю якості та реалізації лікарських засобів [395], зокрема у лікувально-профілактичних закладах [378] та аптеках [377], медичних імунобіологічних препаратів [363] і медичних виробів, а також наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів; додержання законодавства у сфері охорони здоров'я, включаючи клінічні протоколи і стандарти, а також вимоги і критерії до закладів системи охорони здоров'я, які надають чи можуть надавати екстрену медичну допомогу; фізичного виховання учнів у загальноосвітніх навчальних закладах (такий контроль носить медико-педагогічний характер) [326];

діяльності психіатричних установ і працівників, які надають психіатричну допомогу [413]; медичного контролю за здоров'ям хворих, яким встановлено електрокардіостимулятори; медичного нагляду за особами, ураженими вірусом імунодефіциту (ВІЛ, Immunodeficiency Virus, HIV); роботи закладів охорони здоров'я та наукових установ, які провадять діяльність, пов'язану з трансплантацією органів, тканин і клітин; якості крові та її компонентів [364]; цільового використання етилового спирту, що використовується під час виробництва лікарських засобів для медичної практики; діяльності підприємств, установ, організацій системи охорони здоров'я, а також здійснення внутрішнього контролю й аудиту; використання фінансових і матеріальних ресурсів; збереження державної таємниці та інформації з обмеженим доступом.

Таким чином, у сфері охорони здоров'я здійснюються контрольні-наглядові процедури, переважно пов'язані з медичним і медико-педагогічним контролем, державним санітарно-епідеміологічним наглядом і адміністративним контролем, якій має місце під час організації роботи в апараті МОЗ України та медичних установ.

Приватизаційні процедури передбачають приватизацію державного чи комунального майна, тобто «платне відчуження майна, що перебуває у державній або комунальній власності, на користь фізичних та юридичних осіб, які відповідно до цього Закону можуть бути покупцями» [410] (п. 22 ч. 1 ст. 1 Закону України «Про приватизацію державного і комунального майна»). За загальним правилом державні заклади охорони здоров'я, включаючи заклади системи екстреної медичної допомоги, їх приміщення, в яких вони розташовуються, та майно, що їм належить на праві власності, не підлягає приватизації. Виключення становлять об'єкти так званої малої приватизації соціально-культурного характеру, що призначені для задоволення соціально-культурних потреб населення.

Екзаменаційна процедура охоплює чотири види діяльності. Перший вид пов'язаний із проходженням лікарями атестації з метою отримання чи

підтвердження звання «лікар-спеціаліст» або кваліфікаційної категорії. Головною метою атестації лікарів є «оцінка виконання лікарями вимог щодо здобуття післядипломної освіти в інтернатурі, підвищення їхньої кваліфікації та проходження безперервного професійного розвитку» [94]. За допомогою цього виду процедури можна визначити рівень професійних знань, умінь і навичок лікарів, а також з'ясувати питання щодо можливості подальшої роботи лікарів і необхідності підвищення їх кваліфікації.

Наступним видом екзаменаційної процедури є проведення іспитів після закінчення передатестаційних циклів у межах здобуття спеціалізації та підвищення кваліфікації лікарів або провізорів, яку останні проходять в інститутах або на факультетах удосконалення лікарів, для чого на кафедрах щорічно створюються та діють екзаменаційні комісії. Іспит проводиться у три етапи: «а) комп'ютерний контроль рівня знань; б) оцінка вмінь та оволодіння професійними практичними навичками, передбаченими програмою передатестаційного циклу для відповідної кваліфікаційної категорії; в) заключна співбесіда для підсумкової оцінки рівня засвоєння навчальної програми» (п. 2.2. Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах, затверджене наказом МОЗ України від 18.05.1994 № 73) [348]. Результати проходження іспиту відображаються у протоколі засідання створеної екзаменаційної комісії, а її голова складає звіт, у якому обов'язково зазначається аналіз професійних знань, умінь і навичок лікарів або провізорів, а також викладаються пропозиції щодо удосконалення організації підготовки фахівців. У разі успішного складання іспиту особі видається відповідне свідоцтво та посвідчення про проходження підвищення кваліфікації, а у випадку не проходження етапів іспиту особі видається документ, який підтверджує, що особа прослухала курс підвищення кваліфікації. Утім повторний іспит вона може скласти тільки через рік, після завершення нового передатестаційного циклу.

Третій вид передбачає проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальностями галузі знань

«22 Охорона здоров'я», який передбачає комплексний підхід до перевірки знань і складається з таких компонентів: «інтегрований тестовий іспит «КРОК»; об'єктивний структурований практичний (клінічний) іспит; міжнародний іспит з основ медицини; іспит з англійської мови професійного спрямування» (п. 2 Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я», затвердженого постановою Кабміну України від 28.03.2018 № 334) [362]. У процесі тестового іспиту вирішуються тестові завдання за допомогою комп'ютерного обладнання в один або два етапи залежно від спеціальності. На першому етапі перевіряються знання з фундаментальних дисциплін, а на другому – зі спеціальних. За допомогою результатів вирішення тестових завдань визначається рівень професійної компетенції особи та її відповідність стандартам медичної підготовки. Практичний або клінічний іспит проводиться для визначення готовності особи до початку провадження власної професійної діяльності на підставі демонстрування своїх знань на реалістичному об'єкті – людині чи моделі людини (наприклад: фантомі, симуляторі тощо). Міжнародний іспит із фундаментальних і клінічних дисциплін розробляється та організовується міжнародними агенціями, які визначаються центрами тестування за результатами проведення конкурсу, і є уніфікованим для всіх країн світу. Екзаменаційні процедури на усіх етапах, окрім клінічного іспиту, проводяться Центром тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина і Фармація» при МОЗ України. Однак клінічний іспит проводиться спеціальною екзаменаційною комісією, яка утворюється у закладі вищої освіти системи охорони здоров'я.

За умови успішного складання всіх компонентів єдиного державного кваліфікаційного іспиту здобувачу вищої освіти освітнього ступеня «магістр» видаються сертифікати за складання іспиту в межах кожного окремого компоненту з одночасним внесенням інформації про них до Реєстру сертифікатів фахівців з вищою освітою галузі знань «22 Охорона здоров'я»,

розпорядником якого є Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина і Фармація» при МОЗ України. Рішення щодо присвоєння особі освітнього ступеня «магістр» з відповідної кваліфікації приймається колегіально екзаменаційною комісією. У разі нескладання іспиту в межах компоненту чи декількох компонентів особа має право на повторне його складання протягом одного року з моменту проходження первинного іспиту, а в разі повторного нескладання вона вважається такою, що не склала іспит і підлягає відрахуванню із закладу вищої освіти.

Останній вид екзаменаційної процедури проводиться під час присвоєння чи підтвердження кваліфікації судового експерта чи відповідного класу судового експерта експерту-психологу, який працює в установі, що здійснює судово-психіатричні експертизи, а також судово-психіатричним експертам. Така атестація проводиться експертно-кваліфікаційною комісією МОЗ України у формі співбесіди [368].

Акредитаційна процедура. Цей вид процедури проходять всі заклади охорони здоров'я, окрім аптечних, які можуть здійснюватись на добровільних засадах. Її сутність полягає в «офіційному визнанні наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам» [352]. Чергова акредитація того чи іншого закладу охорони здоров'я проводиться раз на три роки, а перша – через два роки після початку функціонування закладу охорони здоров'я. Акредитацію проводить Головна акредитаційна комісія чи Головна комісія з акредитації аптечних закладів і акредитаційні комісії, що утворюються в обласних територіальних підрозділах охорони здоров'я при МОЗ України.

Процедура акредитації передбачає подання відповідної заяви разом із необхідним пакетом документів від імені закладу, якому необхідно пройти таку процедуру, котра розглядається атестаційною комісією та сформованими

експертними групами протягом двох місяців з приводу їх відповідності встановленим стандартам. За результатами такої перевірки протягом місяця приймається рішення та складається висновок, у якому викладаються рекомендації щодо акредитації медичного закладу та висновку про присвоєння чи відмову в присвоєнні одної із трьох кваліфікаційних категорій. Про своє рішення відповідна акредитаційна комісія протягом десяти днів повинна проінформувати заклад, який проходить акредитацію. Рішення про присвоєння останньому певного рівня кваліфікації затверджується наказом МОЗ України та потребує попереднього погодження з Головною акредитаційною комісією. У результаті проходження акредитаційної процедури видається акредитаційний сертифікат, чинний протягом трьох років, який повинен постійно зберігатись у закладі, а про його видачу робиться запис у Державному реєстрі акредитаційних закладів. Строк дії акредитаційного сертифіката медичних закладів у зоні проведення операції об'єднаних сил продовжує свою дію на час проведення такої операції з огляду на те, що органи, які уповноважені проводити таку процедуру, тимчасово не функціонують на території де здійснюється зазначена операція. У разі відмови у видачі акредитаційного сертифікату, наслідком чого є непроходження цієї процедури, заява про повторну акредитацію може бути подана не раніше, ніж через рік [352].

Процедура акредитації може проводитися і позачергово: «з ініціативи закладу з метою підвищення категорії, проте не раніше, ніж через один рік після затвердження МОЗ рішення про попередню акредитацію; за рішенням головної акредитаційної комісії – у випадках: несвоєчасного і неякісного забезпечення надання медичної допомоги та/або провадження фармацевтичної діяльності закладом, недостовірного інформування закладу про свою діяльність, що виявлено і навіть під час проведення планової (позапланової) перевірки дотримання ліцензіатом ліцензійних умов провадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я» [352]. Внаслідок проведення позачергової акредитації може бути прийнято рішення про

присвоєння відповідної категорії, її пониження чи анулювання виданого сертифікату.

Процедури щодо притягнення до адміністративної відповідальності.

Підставою для притягнення особи до адміністративної відповідальності є вчинення нею адміністративного правопорушення, тобто протиправного винного діяння особи, яке посягає на охоронювані державою цінності та за вчинення яких передбачена адміністративна відповідальність. По суті адміністративна відповідальність є прагненням держави надати стабілізуючий вплив на правовідносини, зокрема за допомогою застосування заходів примусового характеру, що були порушені внаслідок вчинення такого діяння.

В. В. Галуцько під процедурою притягнення до адміністративної відповідальності пропонує розуміти «встановлений чинним законодавством порядок втручальної діяльності суб'єктів публічного адміністрування, що полягає в точному неухильному дотриманні порядку розгляду справ щодо притягнення до відповідальності осіб, які вчинили адміністративні правопорушення [10, с. 207]. Зважаючи на те, що адміністративна відповідальність у сфері охорони здоров'я буде розглянута в іншому підрозділі роботи, обмежимося її короткою характеристикою. Порядок притягнення до адміністративної відповідальності у сфері охорони здоров'я регламентований розділами IV-V КУпАП [185] і включає такі стадії: 1) порушення справи про адміністративне правопорушення; 2) підготовка до розгляду справи; 3) розгляд справи про адміністративне правопорушення; 4) прийняття рішення у справі; 5) оскарження винесеної постанови (факультативна стадія, що має місце у разі незгоди суб'єкта адміністративного правопорушення з ухваленим рішенням); 6) виконання постанови. Така справа має бути розглянута у п'ятнадцятиденний строк з дня одержання органом (посадовою особою), правомочним розглядати справу, протоколу про адміністративне правопорушення та інших матеріалів. Для прикладу: одним із суб'єктів здійснення провадження у справах про адміністративні правопорушення відповідно до норм адміністративно-

деліктного законодавства є Держлікслужба. Її адміністративно-юрисдикційні повноваження визначені у ст. 244-8 КУпАП і систематизовані в таблиці № 1.

Таблиця № 1 Адміністративні правопорушення, які уповноважена розглядати Держлікслужба

ст.	Назва чи зміст статті	Суб'єкти системи охорони здоров'я, уповноважені розглядати справи про адміністративні правопорушення	
2-4	Продаж лікарських засобів без рецепта у заборонених законодавством випадках	Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками	
4-2	Порушення обмежень, встановлених для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності		
5-1	Порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів		
67	Введення в обіг або реалізація продукції, яка не відповідає вимогам стандартів		
68-1	Виконання робіт, надання послуг громадянам-споживачам, що не відповідають вимогам стандартів, норм і правил		
70	Недодержання стандартів при транспортуванні, зберіганні і використанні продукції (крім харчових продуктів)		

Адміністративні процедури, пов'язані з розглядом звернень громадян. Звернення особи до органів державної влади, місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій незалежно від форм власності, об'єднань громадян, включаючи систему суб'єктів охорони здоров'я, є засобом впливу перших на роботу органів державної влади, а також можливістю захистити свої порушені права в квазісудовому порядку. Таке право випливає зі ст. 40

Конституції України: «усі мають право направляти індивідуальні чи колективні письмові звернення або особисто звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування та посадових і службових осіб цих органів, що зобов'язані розглянути звернення і дати обґрунтовану відповідь у встановлений законом строк» [196] і деталізується в спеціалізованому законодавчому акті – Закону України «Про звернення громадян» [389]. Звернення громадян – узагальнена назва, яка об'єднує декілька видів звернень: пропозиції чи зауваження, заяви, клопотання та скарги. Вони можуть бути викладені під час особистого прийому, в письмовій чи усній формі, зокрема шляхом подання електронного звернення, через офіційний сайт МОЗ України чи надіслані електронною поштою, а також при зверненні за допомогою засобів телефонного зв'язку на гарячу лінію та до контактних центрів. Окремим видом звернення громадян до парламенту, уряду, Президента України та органів місцевого самоврядування є електронна петиція, яка подається «через офіційний веб-сайт органу, якому вона адресована, або веб-сайт громадського об'єднання, яке здійснює збір підписів на підтримку електронної петиції. В електронній петиції має бути викладено суть звернення, зазначено прізвище, ім'я, по батькові автора (ініціатора) електронної петиції, адресу електронної пошти. На веб-сайті відповідного органу або громадського об'єднання, що здійснює збір підписів, обов'язково зазначаються дата початку збору підписів та інформація щодо загальної кількості та переліку осіб, які підписали електронну петицію» (ст. 23-1 Закону України «Про звернення громадян») [389]. Прикладом такого колективного звернення може бути петиція про легалізацію легких наркотиків № 41/002102-19еп, подана до Кабінету Міністрів України [114], або петиція «Про створення в Україні мережі медичних мобільних клінік, пересувних медичних комплексів, медичних пунктів та кабінетів» № 22/071354-еп, оприлюднена на сайті офіційного інтернет-представництва Президента України [113].

Водночас між видами звернень існують суттєві відмінності. Так, із пропозицією чи зауваженнями громадяни звертаються у разі необхідності

викладення порад або рекомендацій, які стосуються організації роботи МОЗ України та його структурних і територіальних підрозділів. Заява містить «прохання про сприяння реалізації закріплених Конституцією та чинним законодавством їх прав та інтересів або повідомлення про порушення чинного законодавства чи недоліки в діяльності підприємств, установ, організацій незалежно від форм власності, народних депутатів України, депутатів місцевих рад, посадових осіб, а також висловлення думки щодо поліпшення їх діяльності» [389]. Тоді як метою клопотання є визнання за особою конкретних прав, свобод або статусу. І нарешті, скарга. Вона подається у тому разі, коли особа вважає, що її права чи інтереси були порушені, та містить чітку вимогу про їх захист і, як наслідок, поновлення, адже «кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає ... оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я» (п. і ч. 1 ст. 6 Закону № 2801-XII) [270]. Процедуру розгляду звернень громадян, поданих у письмовій формі чи за допомогою засобів телефонного зв'язку в МОЗ України, регламентовано Порядком розгляду звернень громадян у МОЗ України, затвердженого наказом МОЗ України від 09.04.2014 № 253 [375]. Усі звернення громадян проходять попередній розгляд, реєстрацію та обліковуються, а наслідки їх розгляду фіксуються в резолюціях, якими призначається їх виконавець або виконавці – особи, які повинні вчасно, детально та якісно розглянути кожне звернення, включаючи ті звернення, що надходять від державної установи «Урядовий контактний центр» та телефонну «гарячу лінію», і скласти лист-відповідь. Контроль за розглядом звернень ведеться за допомогою заведення реєстраційної контрольної картки на кожне з них та системи електронного документообігу в апараті МОЗ України. Також в МОЗ України та його структурних підрозділах проводиться особистий прийом громадян згідно з затвердженим графіком прийому за попереднім записом, для чого в кожній установі повинно бути обладнано спеціальне приміщення – кімната, відведена для прийому громадян [367].

В електронній петиції має бути викладено суть звернення, зазначено прізвище, ім'я, по батькові автора (ініціатора) електронної петиції, адресу електронної пошти. На веб-сайті відповідного органу або громадського об'єднання, що здійснює збір підписів, обов'язково зазначаються дата початку збору підписів та інформація щодо загальної кількості та переліку осіб, які підписали електронну петицію.

Укладення адміністративного договору. Поняття адміністративного договору надано в п. 16 ч. 1 ст. 4 КАС України – це «спільний правовий акт суб'єктів владних повноважень або правовий акт за участю суб'єкта владних повноважень та іншої особи, що ґрунтується на їх волеузгодженні, має форму договору, угоди, протоколу, меморандуму тощо, визначає взаємні права та обов'язки його учасників у публічно-правовій сфері і укладається на підставі закону» [182]. Р. М. Мельник його основними ознаками вважає суб'єктивну та предметну, вказуючи, що «у ньому обов'язково бере участь суб'єкт публічної адміністрації; його змістом є права та обов'язки сторін, що впливають із владних управлінських функцій суб'єкта публічної адміністрації» [242, с. 189–190], та додаючи, що адміністративний договір має місце тоді, коли неможливо застосувати адміністративний акт. Для встановлення особливостей процедури укладення адміністративних договорів визначальну роль має їх класифікація за змістом на: 1) мирові угоди, які відображають взаємні поступки суб'єктів права з метою вирішення конфлікту правового характеру та зазвичай передбачають процедуру медіації, яка має місце під час судового розгляду справ, зокрема кримінальних справ, порушених за ст. 140 КК України «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником» [206], господарських справ [523] тощо; 2) договори, якими встановлюються взаємні зобов'язання (наприклад, Меморандум порозуміння між МОЗ України та суб'єктами господарювання – виробниками лікарських засобів від 10.04.2008 [244] або Адміністративний договір між Україною та Республікою Польща про соціальне забезпечення від 18.05.2012 [17]); 3) договори про співпрацю між суб'єктами владних повноважень і приватними особами з метою реалізації

публічних функцій [10, с. 171]. Щодо останнього виду адміністративно-правових договорів чіткого нормативного закріплення процедури їх укладення наразі не існує. Втім у теорії адміністративного права деякі вчені (наприклад, В. А. Юсупов) виділяють такі стадії укладення адміністративного договору: 1) вивчення управлінської ситуації кожним учасником договору; 2) вибір і аналіз відповідних норм права; 3) попереднє узгодження змісту і умов договору; 4) підписання договору (акта застосування) учасниками [550, с. 75]. Такі ж самі стадії виділяють А. М. Мельников і А. С. Поклонський, додаючи ще одну факультативну стадію – «одержання схвалення укладеної угоди вищим органом влади (ймовірніше у вигляді рішення)» [243, с. 24].

Інший погляд на стадії процедури укладення адміністративних договорів пропонує Ж. В. Завальна, виділяючи: 1) організаційну стадію – передує безпосередньо самому укладенню договору та полягає у визначенні первинних правил, за якими буде укладатися договір, і коло його учасників; 2) стадію визначення правосуб'єктності сторін, під час якої встановлюється наявність повноважень для підписання договору, визначаються права, обов'язки сторін, а також питання, що стосуються настання юридичної відповідальності; 3) стадію проведення попередніх переговорів, яка полягає в обговоренні змісту самого договору, та досягненні згоди між його учасниками; 4) стадію узгодження умов договору, на якій виробляється проект договору, що максимально повно відображає інтереси всіх суб'єктів договору; 5) стадія ухвалення рішення про можливість чи неможливість укладання договору – передбачає прийняття остаточного рішення про укладення договору; 6) стадія укладання договору, на якій останній отримує письмову форму відповідно до вимог до таких договорів, передбачених чинним законодавством, а також здійснюється його реєстрація [119, с. 166–169]. Наведені погляди в тій чи іншій мірі відображають зміст процедури укладення договорів, але дуже узагальнено. Тому слушною є думка С. О. Бородовського, який розрізняє загальний та спеціальний порядок укладання цивільних договорів: «загальний порядок укладання договорів передбачений ст. 641–646 ЦК України. Спеціальний порядок передбачає

укладання договорів, які мають свої особливості, і залежить від способів укладання договору (аукціон, конкурс, біржовий спосіб)» [44, с. 101]. Відповідно до наведеного погляду вважаємо за потрібне вказані вище стадії вважати такими, що відносяться до загальної процедури укладення адміністративних договорів у сфері охорони здоров'я. Водночас серед останніх можна виділити окремий вид адміністративного договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій між НСЗУ та суб'єктом господарювання, який надає медичні послуги чи здійснює медичне обслуговування [101].

Процедура укладення адміністративних договорів у сфері охорони здоров'я характеризується такими ознаками: їх укладенню передують різні процеси (переговори, проведення аукціону чи здійснення процедури публічних закупівель тощо); двояка (господарська та юридична) природа; високий ступінь деталізації положень договору, які визначаються його суб'єктами в межах наданих їм повноважень; передбачає взаємодію різних суб'єктів приватного і публічного права, де орган охорони здоров'я відіграє ключову роль; складаються із сукупності послідовних стадій, що відображають управлінські дії суб'єктів або їх волевиявлення; окрім класичної форми, договори можуть бути укладені і по-іншому, зокрема у вигляді меморандумів і декларацій.

Отже, розглянуті вище адміністративні процедури у сфері охорони здоров'я поряд із загальними рисами, характерними для всіх адміністративних процедур, мають власну специфіку, яка переважно відображається в об'єктах, суб'єктах і змісті таких процедур. Водночас необхідно акцентувати увагу на порядку їх регламентації: здійснення майже кожної адміністративної процедури відбувається згідно з положеннями конкретного нормативно-правового акту, які здебільшого передбачають необхідність здійснення достеменних дій. Схожість окремих адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я, множинність нормативно-правових актів, які регулюють їх здійснення, аналогічний суб'єктивний склад більшості адміністративних процедур обумовлюють необхідність уніфікації законодавства щодо здійснення процедур

[173, с. 51]: реєстрації, надання дозволів і ліцензій, інспектування, контролю та нагляду, проведення експертизи, екзаменування, акредитування, а також укладення адміністративних договорів. Вважаємо, що наслідком уніфікації може бути прийняття Закону України «Про здійснення деяких адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я». У зазначеному законі в обов'язковому порядку необхідно визначити терміни, які будуть вживатися надалі, організаційно-функціональні засади їх здійснення, учасників таких адміністративних процедур, коло їх повноважень і обов'язків, а також особливості проведення окремих адміністративних процедур (наприклад, екзаменаційної процедури або процедури акредитації). Зважаючи на це, до змісту Закону України «Про здійснення деяких адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я» можуть увійти такі розділи:

1. Розділ «Загальні положення». У першій статті цього розділу доцільно викласти узагальнений термінологічний апарат, який містить нормативно-правові акти, що регулюють реалізацію того чи іншого виду процедур у сфері охорони здоров'я. В інших статтях повинні бути визначені завдання, принципи (основні засади) проведення таких процедур, а також закріплений чіткий перелік останніх.

2. Розділ «Учасники адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я». Тут необхідно закріпити перелік учасників адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я, зокрема органи державної влади, насамперед суб'єкти системи охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування, фізичні та юридичні особи та інші. Необхідно окреслити коло повноважень органів державної влади та місцевого самоврядування, їх посадових осіб щодо здійснення таких видів діяльності, а також права і обов'язки фізичних і юридичних осіб.

3. Розділ «Здійснення реєстраційних процедур у сфері охорони здоров'я».

4. Розділ «Процедури надання дозволів і ліцензій у сфері охорони здоров'я».

5. Розділ «Інспекційні, контрольні-наглядові та експертні процедури у

сфері охорони здоров'я».

6. Розділ «Проведення процедур екзаменування та акредитування у сфері охорони здоров'я».

7. Розділ «Процедура укладення адміністративних договорів у сфері охорони здоров'я».

Розділи з третього по сьомий повинні включати перелік суб'єктів і об'єктів таких видів процедур, підстави, порядок, строки, наслідки та інші положення, що відображають особливості їх реалізації. Особливу увагу необхідно приділити останньому розділу, зокрема, чітко прописати порядок укладення адміністративних договорів як загальних, так і спеціальних. Щодо спеціальних процедур, то деякі з норм цих статей будуть відсильними, оскільки в їх основу буде покладено положення інших законодавчих актів, наприклад тих, що регулюють процедуру здійснення публічних закупівель.

8. Розділ «Облік, контроль і нагляд за здійсненням адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я». Під їх обліком пропонуємо розуміти внесення різного роду відомостей до державних реєстрів, що функціонують в межах системи охорони здоров'я. Також закріплення потребує перелік суб'єктів, уповноважених здійснювати контроль за реалізацією адміністративних процедур. Зокрема йдеться про громадський нагляд (саме нагляд, а не контроль – це принципова відмінність, яка впливає з їх різної сутності), а також їх повноважень.

9. Розділ «Відповідальність за порушення законодавства про здійснення адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я».

10. Розділ «Прикінцеві та перехідні положення».

Прийняття такого змістовного нормативно-правового акта вимагає значних витрат часу та неабияких зусиль, проведення клопіткої та масштабної роботи, під час якої не зайвим стало б об'єднання зусиль теоретиків, практиків і представників органів державної влади, насамперед посадових осіб апарату МОЗ України. Це організаційно-складний, але необхідний крок у бік удосконалення національного законодавства у сфері охорони здоров'я щодо

здійснення адміністративних процедур. Вважаємо, що проведене в цьому підрозділі дослідження дозволило встановити перелік основних адміністративних процедур, їх суб'єктів, порядок і строки проведення, а також характерні особливості для ряду таких процедур. У пропозиції щодо змісту можливого законодавчого акта, прийняття якого могло б забезпечити уніфікацію численної сукупності нормативно-правових актів, які окремо регулюють кожний вид адміністративної процедури у сфері охорони здоров'я, акцентовано увагу на важливості здійснення контролю та нагляду за реалізацією таких процедур. Зі свого боку існування вказаного нормативно-правового акта зможе забезпечити проведення таких процедур на високому якісному рівні та попередити порушення порядку їх проведення, від чого безпосередньо залежить охорона найважливіших прав громадян – на життя та здоров'я. Тому вважаємо за потрібне у наступному підрозділі цієї роботи дослідити процес здійснення контролю та нагляду, але не тільки за адміністративними процедурами, а в більш широкому масштабі, що охоплюється всією сферою охорони здоров'я.

3.4. Контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я в Україні

За допомогою контрольної та наглядової діяльності втілюються одні з найважливіших функцій публічного управління, завдяки яким держава через спеціально створені органи або надання відповідних повноважень органам державної влади, місцевого самоврядування чи громадянам оцінює об'єкти контролю, стежить за процесами та процедурами, які відбуваються в суспільно важливих сферах, забезпечуючи додержання прав, свобод та інтересів громадян, а також сприяє їх реалізації. Звичайно, до значущих сфер суспільного життя необхідно відносити і сферу охорони здоров'я, адже вона пов'язана з гарантуванням прав на задовільний стан здоров'я і, як наслідок, з охороною визначальної людської цінності – права на життя. Слід підтримати точку зору

Є. М. Поповича, який зауважує, що контроль і нагляд є «основними способами забезпечення законності й дисципліни у державному управлінні. Водночас вони є найважливішими функціями держави. Без організації та здійснення контролю і нагляду неможлива ефективна робота державного апарату, інших державних та недержавних структур. Будь-яке рішення, будь-яка дія у сфері управління закінчується контролем за їх виконанням, інакше вони не можуть мати сенсу [298, с. 7].

Дослідження сутності контрольної та наглядової діяльності у сфері охорони здоров'я відіграє важливу роль, оскільки призначення такої діяльності полягає у недопущенні будь-яких порушень і відхилень у сфері охорони здоров'я, безпосередньо пов'язаної з життєдіяльністю населення. Будь-які відхилення від регламентів у цій діяльності неодмінно призведуть до повного чи часткового позбавлення кожної особи такого права чи надання некваліфікованих медичних послуг, що зі свого боку може негативно позначитися на її здоров'ї. Це стосується як виробництва медичних препаратів, так і здійснення іншої діяльності у сфері охорони здоров'я. Вказана діяльність певною мірою впливає на здоров'я кожної людини, яка протягом свого життя звертається за медичною допомогою, проходить медичні процедури або вживає якісь ліки.

Перш ніж перейти до з'ясування сутності контрольної і наглядової діяльності у сфері охорони здоров'я, вважаємо за потрібне дослідити етимологічне походження та юридичну сутність категорій «контроль» і «нагляд».

У словниках з української мови поняття контролю подано як «перевірка, облік діяльності кого-, чого-небудь, нагляд за кимось, чимось» [47, с. 451; 473, с. 271], а нагляд (дія за значенням наглядати) – «пильнувати, слідкувати за ким-, чим-небудь для контролю, забезпечення порядку. Стежити, спостерігати з метою нагляду» [47, с. 555; 474, с. 49]. З наведеного можна зробити висновок, що обидва поняття дуже близькі за своїм змістом, але не тотожні один одному: поняття контролю є більш ширшим і включає в себе нагляд – сукупність дій і

заходів, спрямованих на досягнення певної мети, яка може бути єдиною як для контрольної, так і для наглядової діяльності.

У профільних нормативно-правових актах міститься понад тридцять визначень поняття контролю та понад п'ять – нагляду. Наведемо деякі з них.

– «контроль – можливість здійснювати вирішальний вплив на управління та/або діяльність юридичної особи шляхом прямого та/або опосередкованого володіння однією особою самостійно або спільно з іншими особами часткою в юридичній особі, що відповідає еквіваленту 50 чи більше відсотків статутного капіталу та/або голосів юридичної особи, або незалежно від формального володіння можливість здійснювати такий вплив на основі угоди чи будь-яким іншим чином» (ст. 2 Закону України «Про банки і банківську діяльність») [310];

– «контроль – вирішальний вплив або можливість здійснення вирішального впливу на господарську діяльність суб'єкта ринку природного газу, що здійснюється, зокрема, шляхом реалізації права володіння або користування всіма активами такого суб'єкта чи їх значною частиною, права вирішального впливу на формування складу, результати голосування та прийняття рішення органами такого суб'єкта тощо» (п. 13 ст. 1 Закону України «Про ринок природного газу») [415];

– «контроль означає ... володіння, прямо або побічно, повноваженнями керувати або впливати на керівництво діяльністю і політикою такої особи або організації, чи то за допомогою володіння на правах власності акціями, що дають право голосу, або за договором або іншим чином» (розділ 20.02 ст. II Стандартних положень та умов Європейського банку реконструкції та розвитку від 01.02.1999) [478];

– «контроль – перевірка відповідності об'єкта встановленим вимогам» (розділ I Правил безпеки під час експлуатації магістральних нафтопроводів, затверджених Державним комітетом України з промислової безпеки, охорони праці та гірничого нагляду від 23.05.2007 № 110) [376];

– «контроль – комплекс заходів, що здійснюються для перевірки та оцінки виконання поставлених завдань (управлінських рішень)» (п. 3 розділу I

Інструкції з організації контролю за виконанням документів, затвердженої наказом Національного агентства України з питань виявлення розшуку та управління активами, одержаними від корупційних та інших злочинів 28.02.2018 № 53) [330];

– «нагляд – заходи, що здійснюються органом пробації за місцем проживання, роботи та навчання засуджених з метою дотримання обов'язків, визначених законом та покладених на них судом» (п. 3 ч. 1 ст. 2 Закону України «Про пробацію») [411];

– «нагляд – процес збору та реєстрації центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері карантину рослин, даних про наявність або відсутність регульованого шкідливого організму у визначеній зоні за допомогою спостереження, моніторингу та інших процедур» (ст. 1 Закону України «Про карантин рослин») [392];

– «нагляд – спостереження за дотриманням об'єктами управління вимог чинного законодавства із питань безпеки руху в процесі їх діяльності» (п. 1.4 розділу I Положення про систему управління безпекою руху поїздів у Державній адміністрації залізничного транспорту України, затвердженого наказом Міністерства інфраструктури України від 01.04.2011 № 27) [350].

Зауважимо те, що контроль переважно розуміється як складний процес, що утворюють сукупність різноманітних дій і заходів, характерних і для нагляду. Водночас нагляд передбачає більш прості дії у формі спостереження, збирання та оформлення інформації. Під час нагляду не передбачений будь-який безпосередній вплив на його об'єкт, а при контролі такий вплив можливий. Отже, у процесі контрольної діяльності у разі потреби можуть здійснюватись як нагляд, так і окремі дії, характерні для останнього, зокрема моніторинг або консолідація даних, що стосуються об'єкта контролю.

Поряд з наведеними вище визначеннями контролю та нагляду в деяких нормативно-правових актах (п. 1.9 розділу I Положення про систему управління безпекою польотів на авіаційному транспорті, затвердженого Державною службою України з нагляду за забезпеченням безпеки авіації

25.11.2005 № 895 [349]; п. 1.5 розділу I Правил сертифікації аеропортів, затверджених Державною службою України з нагляду за забезпеченням безпеки авіації 13.06.2006 № 407 [380]) вони використовуються як синоніми. Відмітимо і те, що саме нагляд визначається через поняття контролю – хоча аналіз етимології обох понять і частково їх законодавчі дефініції свідчать про зворотне. Така термінологічна невідповідність сутності обох понять, що позначають близькі за змістом види діяльності, стала підставою для довготривалої наукової дискусії, внаслідок якої були сформульовані авторські визначення понять «контроль» та «нагляд», а також різні погляди щодо їх співвідношення.

Як було зазначено вище, контроль і нагляд у науці адміністративного права переважно пов'язуються з державною діяльністю, публічним адмініструванням або розглядаються як методи цієї галузі права, що обумовлює існування різних теоретичних підходів до визначення їх змісту. Так, З. С. Гладун розглядає контроль як «вид діяльності, який полягає в тому, що суб'єкт контролю здійснює перевірку й облік того, як контрольований об'єкт виконує покладені на нього завдання та реалізує свої функції» [67, с. 178]. Т. О. Коломєць під контролем пропонує розуміти «сукупність дій суб'єкта управління по спостереженню за функціонуванням відповідного об'єкта контролю з метою: отримання об'єктивної та достовірної інформації про нього; застосування заходів щодо попередження правопорушень (з правом прямого втручання в оперативну діяльність об'єкта контролю); надання допомоги підконтрольній структурі у поновленні законності і дисципліни; встановлення причин і умов, що сприяють порушенню вимог правових норм; прийняття заходів щодо притягнення до правової відповідальності винних осіб» [189, с. 108]. Вчена також вказує на існування двох підходів щодо його визначення: широкого, що пов'язаний з процесом, характерним для діяльності всіх органів державної влади, та вузького – певна діяльність контролюючих органів, яка реалізується в межах повноважень останніх, виконуючи контрольну функцію

як один із основних напрямів за допомогою різноманітних форм, методів і процесів [189, с. 108].

Лаконічне визначення державного нагляду пропонує В. К. Колпаков – це «здійснення спеціальними державними структурами цільового спостереження за дотриманням виконавчо-розпорядчими органами, підприємствами, установами, організаціями та громадянами правил, передбачених нормативними актами» [192, с. 675]. Більш змістовно його трактує І. Я. Хитра: «як зумовлену об'єктивними і суб'єктивними чинниками складову частину управління, яка на підставі адміністративно-правових засобів застосовується у сфері господарської діяльності і полягає у спостереженні, аналізі, перевірці підконтрольних господарських установ з метою запобігання та недопущення порушень законності і публічних інтересів, а у разі їх виявлення – притягнення порушників до відповідальності» [532, с. 52].

У доктрині адміністративного права сформувалися різні погляди щодо співвідношення контрольної та наглядової діяльності, вони переважно зводяться до такого: представники першої (В. С. Щербина [547, с. 86], О. В. Сергієнко [460, с. 165], І. П. Ільїнський, Б. В. Щетинін [134, с. 42]) не розрізняють терміни «контроль» і «нагляд», вживаючи їх як синоніми. В межах іншої позиції можна виокремити дві точки зору, де у першому випадку наголошується на необхідності розмежування таких понять (Ю. П. Битяк [16, с. 258], Л. Р. Грицаєнко [78, с. 36], В. М. Гаращук [61, с. 82], А. В. Денисова [86, с. 36], В. К. Колпаков [192, с. 622], Т. О. Коломоець [189, с. 181], О. Г. Серєда [462, с. 229], А. О. Собакарь [476, с. 61], В. І. Теремецький [510, с. 351]).

Відповідно до другого підходу вчені не тільки відмежовують контроль від нагляду, а й роблять висновок, що сам по собі контроль є більш широким поняттям, яке включає в себе наглядову діяльність. Зокрема, Д. М. Овсянко вказує на те, що нагляд – це самостійний вид контрольної-наглядової діяльності, якому властиві свої особливості [265, с. 261]. Цю думку висловлює й О. В. Ліфінцев, додаючи, що нагляд є пасивною формою контролю [218, с. 8]. Розглядаючи адміністративний нагляд, Є. В. Шорина вказує, що він є

«самостійною формою контролю, сутність якої одна, незалежно від того, яким органом контроль здійснюється. Адміністративний нагляд не може бути пов'язаний із втручанням у діяльність піднаглядного об'єкта чи органу управління, а у випадках, коли таке втручання є, нагляд поступається місцем контролю» [544, с. 225]. Найгрунтовніше викладену позицію описує С. С. Вітвіцький: «категорія «контроль» ширша за термін «нагляд», оскільки він включає можливість не лише наглядати. Контроль охоплює будь-які аспекти діяльності, включаючи перевірку доцільності її здійснення. Нагляд не вирішує всього комплексу поставлених перед контрольною функцією завдань. Нагляд виступає як «пасивна» діяльність, а контроль – «активна», зважаючи на наявність чи відсутність правової можливості втручатися в оперативну діяльність підконтрольного (піднаглядного) суб'єкта. Необхідною є уніфікація підходів й термінології, вироблених у науці та законодавстві для опису систем контролю і нагляду» [53, с. 13–14].

Підтримуючи таку точку зору, зазначимо, що незважаючи на використання цих термінів як синонімів у національному законодавстві, за своєю сутністю, змістом, завданням, суб'єктами, цілями, а також наслідками вони є різними видами діяльності. Дуже слушно різницю між контролем і наглядом описує Д. Н. Бахрах: «в багатьох випадках заради забезпечення свободи громадян, виконання обов'язків підприємствами та організаціями контрольні повноваження суб'єктів влади обмежуються – їм надається можливість здійснювати лише нагляд» [30, с. 40].

Контроль є одним із дієвих та ефективних засобів забезпечення законності, адже за його допомогою здійснюється не лише спостереження за дотриманням встановлених норм, стандартів і вимог підконтрольними об'єктами, а й аналіз та пошук проблем у їхній діяльності, прогнозування, оптимізація та коригування питань, що виникають під час їх діяльності. Так, МОЗ України як суб'єкт контрольних повноважень може концентрувати зусилля на дотриманні клінічних протоколів і стандартів підпорядкованими

йому закладами охорони здоров'я, своєчасно вносячи корективи у їхню діяльність.

Одночасно нагляд як самостійна діяльність є більш вузьким, оскільки зводиться до пасивної форми спостереження. У такому контексті визначальним критерієм розмежування понять «контроль» і «нагляд» є можливість впливу на об'єкт: у першому випадку під час контролю суб'єкт може надавати безпосередній вплив на стан або його діяльність, а під час нагляду такий вплив неможливий – зафіксована інформація про наявні відхилення та порушення передається спеціально уповноваженому органу. Винятком є так званий «прокурорський нагляд» за додержанням законодавства органами, які здійснюють заходи примусового характеру, обмежують особисту свободу громадян, провадять оперативно-розшукову діяльність, дізнання, досудове слідство, виконують судові рішення у кримінальних справах. Але такий виняток обумовлений специфікою та унікальністю компетенції органів прокуратури, яка докорінно відрізняється від будь-яких інших повноважень державних і недержавних суб'єктів.

Водночас іноді в законодавстві поняття «контроль» і «нагляд» використовуються як близькі або ідентичні за своїм значенням. Це свідчить про їх спільну загальну мету, з якою здійснюється контроль і нагляд – недопущення відхилень від встановлених норм, правил і стандартів, норм національного законодавства, а також будь-яких порушень у процесі певної діяльності, зокрема правопорушень, що посягають на охоронювані законом права, свободи, інтереси громадян та інтереси держави. Проте їх відмінність полягає у компетенції суб'єктів, які здійснюють нагляд або контроль, засобах, методах і способах, які вони уповноважені застосовувати, а також у процедурах реагування та наслідках. При цьому засоби контролю і нагляду можуть реалізовуватися в однакових формах. Наприклад, спостереження чи перевірка відомостей, які містяться в документах, одержання пояснень, присутність на території об'єкта, який перебуває під контролем або наглядом тощо.

Переходячи безпосередньо до дослідження контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я, доцільно зробити таке застереження: обидва напрями діяльності слід розглядати окремо, зважаючи на можливість їх співвідношення та те, що наглядова діяльність може бути частиною контролюючої функції певного органу. Зважаючи на важливість контрольної та наглядової діяльності у сфері охорони здоров'я, не дивно, що основні положення, які регламентують здійснення цих видів діяльності, визначені у ст. 22 Закону № 2801-ХІІ: «держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, вимог Державної Фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій» [270].

Аналіз положень наведеної статті дозволяє виокремити такі об'єкти державного контролю у сфері охорони здоров'я:

1. Законодавство у сфері охорони здоров'я. Термін «законодавство» як правило розглядають у двох значеннях: широкому та вузькому. Відповідно до першого підходу до поняття законодавства прийнято включати сукупність усіх документів, які містять правові норми, прийняті уповноваженими суб'єктами за встановленою процедурою з метою врегулювання суспільних відносин [112, с. 7; 495, с. 8–9; 38, с. 328; 472, с. 156; 546, с. 108; 40, с. 212]. У цьому разі до законодавства відносять: закони та нормативні акти Верховної Ради України, Президента України, Кабміну України, міністерств, інших органів центральної виконавчої влади зі спеціальним статусом, місцевих державних адміністрацій, органів місцевого самоврядування, відділів та управлінь відповідних центральних органів на місцях, нормативні акти керівників державних підприємств, установ, організацій на місцях тощо.

У вузькому розумінні законодавство частково ототожнюється з поняттям «закон», оскільки уособлює у першу чергу закони, міжнародні договори,

ратифіковані Верховною Радою України, та постанови Кабміну України, укази Президента України – ті нормативно-правові акти, які переважно є наслідком нормотворчої діяльності [500, с. 129; 112, с. 88–89]. Це повністю співпадає з розумінням Конституційним судом України терміну «законодавство» як такого, що «охоплює закони України, чинні міжнародні договори України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, а також постанови Верховної Ради України, укази Президента України, декрети і постанови Кабміну України, прийняті в межах їх повноважень та відповідно до Конституції України і законів України» [445].

З огляду на важливість сфери охорони здоров'я контроль за додержанням законодавства доцільно розуміти у вузькому значенні (закони та нормативно-правові акти Кабміну України та Президента України). Вважаємо, що положення, які безпосередньо пов'язані зі здійсненням медичної діяльності, виробництвом лікарських засобів, їх розповсюдженням та іншими не менш важливими процесами, від яких залежить стан здоров'я, а інколи взагалі життя людини, не регулюється на рівні вказаних нормативно-правових актів. Утім кожна норма закону та підзаконного нормативно-правового акта, що пов'язана із забезпеченням прав громадян на життя, здоров'я, його охорону, медичну допомогу та страхування, гарантовані ст. 3, 27, 49 Конституції України [196]. Тому законодавство у сфері охорони здоров'я як об'єкт контролю – це сукупність усіх нормативно-правових актів, що містять норми, спрямовані на врегулювання суспільних відносин в межах системи охорони здоров'я.

2. Навколишнє природне середовище – це «сукупність природних і природно-соціальних умов та процесів, природні ресурси, як залучені в господарський обіг, так і невикористовувані в економіці в даний період (земля, надра, води, атмосферне повітря, ліс та інша рослинність, тваринний світ), ландшафти та інші природні комплекси» (ч. 1 ст. 5 Закону України «Про охорону навколишнього природного середовища») [406].

Так, центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення, здійснює

контроль шляхом погодження, видання спеціальних дозволів на «право землевласників і землекористувачів на видобування корисних копалин місцевого значення, торфу, підземних вод (крім мінеральних) та користування надрами для інших цілей загальною глибиною розробки більше двох метрів, а також підземні води за умови, що обсяг видобування підземних вод із кожного з водозаборів перевищує 300 кубічних метрів на добу, або у випадках, коли землевласники і землекористувачі, які є сільськогосподарськими товаровиробниками, частка сільськогосподарського товаровиробництва яких за попередній податковий (звітний) рік є меншою за 75%» (ст. 21, 23 Кодексу України про надра) [186].

З приводу водокористування можна зазначити, що контроль частково реалізується МОЗ України шляхом унормування діяльності щодо водокористування через встановлення (розроблення та затвердження) нормативів екологічної безпеки (ч. 3 ст. 36 Водного кодексу України [56]). Центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення, під час виникнення аварійних ситуацій погоджує рішення «про скидання стічних вод з накопичувачів у водні об'єкти, якщо це не призведе до перевищення нормативів екологічної безпеки водокористування» [56] (п. 14 ч. 1 ст. 8-1 Водного кодексу України). Згідно з п. 1 ч. 1 ст. 17 і ч. 3 ст. 58 Водного кодексу України, зазначений орган: погоджує видачу спеціальних дозволів на користування надрами для розробки родовищ підземних вод; приймає рішення про припинення використання вод для задоволення питних і господарсько-побутових потреб населення в разі невідповідності якісних характеристик встановленим стандартам, нормативам екологічної безпеки водокористування і санітарним нормам, відповідно. В межах контролю вказаним органом реалізується систематичний контроль за якісними показниками води, яка призначена для нецентралізованого водопостачання населення, погоджує дозвіл на зрошення сільськогосподарських угідь і «створення полігонів для захоронення у глибокі підземні водоносні горизонти, що не містять прісних

вод, забруднюючих рідинних речовин, відходів виробництва та стічних вод, включаючи мінералізовані шахтні та термальні води, що утворюються на основі природних вод і не піддаються очищенню існуючими методами» [56]. Крім цього, цей орган: погоджує технологічні проекти повернення супутньо-пластових вод нафтогазових родовищ до підземних горизонтів (ст. 72); затверджує порядок експлуатації водосховищ (ст. 75) [56], територію зон санітарної охорони водних об'єктів (ст. 93) і правила зберігання, транспортування та застосування пестицидів і агрохімікатів (ч. 3 ст. 48 Закону України «Про тваринний світ» [421]).

У напрямі охорони атмосферного повітря центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення, згідно з положеннями Закону України «Про охорону атмосферного повітря»: надає Кабміну України пропозиції щодо визначення додаткових забруднюючих речовин, ураховуючи екологічну ситуацію в межах конкретної території, і їх подальшого закріплення (ч. 3 ст. 11); подає на затвердження органам місцевого самоврядування актуальні програми щодо оздоровлення та відновлення атмосферного повітря у випадку загрози нормам екологічної безпеки (ч. 4 ст. 11); погоджує дозволи на викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря стаціонарними джерелами суб'єктам господарювання, об'єктів другої, третьої групи (ч. 5 ст. 11), першої групи, а також «суб'єкту господарювання, об'єкт якого знаходиться на території зони відчуження, зони безумовного (обов'язкового) відселення території, що зазнала радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи» [405] (ч. 6 ст. 11); погоджує етапи зменшення обсягів викидів забруднюючих речовин на кожному етапі, які проводяться рішенням про поетапне зниження викидів забруднюючих речовин підприємствами, установами, організаціями та громадянами-суб'єктами підприємницької діяльності (ч. 11 ст. 11); у порядку виключення погоджує дозвіл на викиди забруднюючих речовин, для яких не встановлено відповідних нормативів екологічної безпеки, які можуть надаватись суб'єкту господарювання, об'єкт якого належить до першої групи

(ст. 14); погоджує дозволи, які надаються підприємствам, установам, організаціями та громадянами-суб'єктами підприємницької діяльності на штучну зміну атмосфери та явищ у господарських цілях (ст. 16); погоджує способи видобування надр і проведення вибухових робіт з метою дотримання вимог, що стосуються охорони атмосферного повітря (ст. 19); погоджує будівельні проекти об'єкти яких прямо чи опосередковано можуть здійснювати вплив на атмосферного повітря (ст. 23).

МОЗ України з метою охорони атмосферного повітря подає до Кабміну України пропозиції щодо переліку забруднюючих речовин для перегляду не менше одного разу на п'ять років (ч. 2 ст. 11 Закон України «Про охорону атмосферного повітря» [495]).

У цьому разі контрольна діяльність має переважно форму погодження надання спеціальних дозволів на проведення робіт, які можуть завдати шкоди навколишньому природному середовищу, а також іншої документації, яка містить відомості про діяльність щодо охорони останнього. Такий опосередкований контроль має превентивний характер, адже дозволяє попередити виникнення порушення ще до його початку.

3. Санітарно-епідемічне благополуччя населення – це «стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, при якому показники захворюваності перебувають на усталеному рівні для даної території, умови проживання сприятливі для населення, а параметри факторів середовища життєдіяльності знаходяться в межах, визначених санітарними нормами» [327]. Отже, об'єктами контролю за санітарно-епідемічним благополуччям населення є: а) стан здоров'я населення, під яким необхідно розуміти показники оцінки та умови розвитку його фізичних, психічних, а також соціальних функцій; б) середовище життєдіяльності людини (ті природні чи штучні фактори і умови, які оточують людину в процесі повсякденної діяльності); в) визначені показники, які характеризують фактори середовища життєдіяльності, що можуть безпосередньо або опосередковано вплинути на здоров'я особи, і навіть у майбутньому [172, с. 30].

Серед суб'єктів, які здійснюють контрольну діяльність за санітарно-епідеміологічним благополуччям населення, слід виділити МОЗ України. Розглянемо його повноваження більш докладно, класифікувавши їх за сферами діяльності, відповідно до пп. 12 п. 4 Положення про МОЗ України, затвердженого постановою Кабміну України від 25.03.2015 № 267 [346]:

а) реалізуючи державну політику у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення, затверджує: державні, санітарні, протиепідемічні, гігієнічні норми, правила, нормативи та регламенти, а також зміст токсикологічно-гігієнічного паспорта хімічних речовин; процедури (дослідження, випробування, вивчення, аналіз), які проводяться в межах державної санітарно-епідеміологічної експертизи, включаючи фактори небезпеки та ризику для здоров'я населення під час виробництва та збуту нехарчової продукції; порядок звітування про санітарно-епідемічну ситуацію; процес роботи з небезпечними факторами, зокрема гранично допустимі норми концентрації та безпечні рівні вміщення хімічних і біологічних факторів у різних об'єктах, водних ресурсах, атмосферному повітрі, ґрунті та надрах, а також проводить розслідування причин і умов виникнення інфекційних захворювань, отруєнь, радіаційних аварій, «визначає вимоги щодо комплексу заходів санітарної охорони державного кордону України, забезпечує проведення державного соціально-гігієнічного моніторингу» [346];

б) у сфері охорони праці затверджує: санітарні правила та нормативи; показники та норми умов праці, зайнятість на яких дозволяє отримати додаткові відпустки через їх негативний вплив на здоров'я; види робіт, для яких особи, що є бактеріоносіями, можуть бути визнані непридатними; переліки професій, установ, організацій усіх форм власності, працівники яких повинні здійснювати профілактичні щеплення в обов'язковому порядку [346];

в) у сфері харчової промисловості затверджує: показники відмінності питної води, періодичність, порядок і показники проведення контролю за її виробництвом і постачанням; рекомендації добових норм вживання дієтичних добавок; показники безпечності та якості харчових продуктів, інших об'єктів

санітарних заходів, правила їх виробництва; список продуктів, що становлять різні ступені ризику (високого та низького) для здоров'я населення; переліки установ і організацій різних форм власності, що провадять діяльність, пов'язану з гігієнічною регламентацією факторів небезпеки; тексти для етикеток, які розміщуються на дієтичних продуктах і добавках, а також погоджує зміст їх реклами [346];

г) у сфері профілактики захворювань: затверджує списки шкідливих і небезпечних хвороб і критерії визначення хворих осіб або таких, що є збудниками інфекційних захворювань; встановлює порядок здійснення обов'язкових і необов'язкових профілактичних щеплень; організовує проведення досліджень, оцінки та прогностики показників здоров'я населення, враховуючи фактори середовища життєдіяльності, включаючи визначення умов, які негативно позначаються на здоров'ї населення; проводить моніторинг реалізації санітарних і протиепідемічних заходів, зокрема передбачених програмами профілактики захворювань і загальних програм охорони здоров'я населення; визначає випадки необхідності проведення профілактичних щеплень і інші пріоритетні напрями профілактики захворювань, зокрема під час вірогідності виникнення та поширення епідемій, радіаційних уражень і масових отруєнь [346];

г) у сфері державної реєстрації та обліку затверджує: форми, що використовуються в процесі функціонування Державного реєстру дезінфікуючих засобів; процедуру перевірки щодо додержання вимог реєстрації об'єктів, призначених для імпорту; процес обліку та реєстрації харчових добавок та ароматизаторів, інфекційних і професійних захворювань, отруєнь, а також проводить реєстрацію косметичної продукції, які вміщують генетично модифіковані організми чи їх осередки [346].

Найширші повноваження щодо здійснення контрольної та наглядової діяльності має Держпродспоживслужба, яка безпосередньо здійснює так званий запобіжний і поточний державний санітарно-епідеміологічний нагляд [95]. Під ним необхідно розуміти контрольну діяльність «за дотриманням юридичними

та фізичними особами санітарного законодавства з метою попередження, виявлення, зменшення або усунення шкідливого впливу небезпечних факторів на здоров'я людей та по застосуванню заходів правового характеру щодо порушників» [327]. Згідно з Положенням про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні, затвердженим постановою Кабміну України від 22.06.1999 № 1109 [341], запобіжний державний санітарно-епідеміологічний нагляд здійснюється шляхом: здійснення державного санітарно-епідеміологічного нормування (наприклад, розроблення норм, стандартів, регламентів у цій сфері); проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи; видачі висновків та дозволів у межах компетенцій, визначених законодавством; погодження різного роду документації (наприклад, проектів програм соціального та економічного розвитку, документів про надання земельних ділянок, приміром, для розміщення об'єктів промисловості тощо); визначення необхідності здійснення профілактичних заходів, зокрема профілактичних щеплень у разі загрози виникнення надзвичайних ситуацій; перевірки додержання санітарних норм під час будівництва об'єктів; видачі різного роду дозволів (наприклад, на виробництво інноваційних продуктів харчування чи виробництво, використання та зберігання отруйних речовин тощо) [172, с. 31].

Необхідно відзначити, що розглянута діяльність хоча і визначається як державний санітарно-епідеміологічний нагляд, утім має ознаки не наглядової, а контрольної діяльності, зокрема «активні дії» (погодження, перевірка, експертиза тощо) у вказаному процесі, а також можливість впливати на об'єкт контролю. Підтвердженням здійснення подібної активної діяльності може бути: «розслідування причин та умов виникнення інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруень), радіаційних уражень людей (підп. 2); призначення державної санітарно-епідеміологічної експертизи, а в разі потреби визначення складу комісії для її проведення (підп. 4); внесення обов'язкових для виконання пропозицій щодо усунення виявлених порушень санітарного законодавства, здійснювати в установленому

законом порядку провадження у справах про порушення санітарного законодавства (підп. 13); видання постанов про накладення штрафу та у передбачених законом випадках застосування фінансових санкцій за порушення санітарного законодавства (підп. 14)» (п. 10 Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні, затвердженого постановою Кабміну України від 22.06.1999 № 1109) [341]. Водночас можливість здійснення вирішального впливу на об'єкти «нагляду» передбачена у ст. 42 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» шляхом обмеження, тимчасової заборони, припинення чи зупинення їх діяльності, якщо вона порушує чи створює загрозу порушенням встановлених санітарних норм, зокрема: «обмеження, тимчасова заборона або припинення будівництва, реконструкції та розширення об'єктів у разі відступу від затвердженого проекту; обмеження, зупинення або заборона викидів (скидів) забруднюючих речовин за умови порушення санітарних норм; зупинення або припинення інвестиційної діяльності у випадках, встановлених законодавством» [327].

Підсумовуючи вказане, зазначимо, що державний санітарно-епідемічний нагляд по суті є не наглядовою, а контрольною діяльністю. Тому визначати його як нагляд не доцільно, оскільки це суперечить його змістовній сутності та є термінологічною помилкою законодавства [172, с. 31].

4. Нормативи професійної діяльності у сфері охорони здоров'я. Професійною діяльністю є «вид трудової діяльності професіоналів, які володіють комплексом теоретичних знань, умінь і навичок та практичних навиків, набутих в результаті спеціальної підготовки та досвіду роботи, мають високу ділову репутацію та володіють професійною етикою, зміст якої складається з доцільної заміни та перетворення навколишнього середовища шляхом виконання покладених на них особливих професійних обов'язків та здійснюючи надані ним для цього права, та діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам» [524, с. 130]. Екстраполюючи наведену дефініцію на сферу охорони здоров'я, підкреслимо, що в цьому випадку об'єкт контролю не

пов'язаний виключно з лікарями, які надають медичну допомогу. Він має більш ширший зміст і стосується трудової діяльності всіх суб'єктів охорони здоров'я, яка пов'язана з процесами «збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [270]. В такому випадку об'єкт контролю включає діяльність інших працівників системи охорони здоров'я: а) керівників (лікувально-профілактичних закладів, виробничих підрозділів у побутовому обслуговуванні, діяльність яких проходить у сфері надання медичної допомоги тощо); б) професіоналів у галузі лікувальної справи та педіатричного профілю, стоматології, фармації, медико-профілактичної справи та інших галузях медицини; в) фахівців (акушерок, інструкторів-дезінфекторів, інструкторів з трудової терапії, лаборантів з імунології, лаборантів судово-медичної лабораторії, оптометристів, рентгенолаборантів, медичних сестер, медичних статистиків, техніків-ортезистів-гіпсувальників, фармацевтів, фельдшерів та інших); г) технічних службовців (медичних реєстраторів, сестер-господарок); г) робітників (сестер-господарок, молодших медичних сестер з догляду за хворими тощо) [105].

У межах контролю за нормативами професійної діяльності у сфері охорони здоров'я він здійснюється за рівнем теоретичних знань, умінь, практичних навиків і професійної етики, причому їх обсяг є унормованим і закріплений у різноманітних положеннях нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я. Такий контроль здійснюється в межах екзаменаційних процедур, які були розглянуті у попередньому підрозділі, а також фактично всіма особами, які займають керівні посади щодо їх підлеглих. Систематичний контроль забезпечує високу якість роботи підлеглих працівників сфери охорони здоров'я і призведе до надання високоякісної кваліфікованої медичної допомоги.

5. Процес виробництва та якості лікарських засобів. Основний контроль за вказаною діяльністю здійснює МОЗ України, на що прямо вказано у п. 1,

пп. 2 п. 3, пп. 10 п. 4 Положення про МОЗ України, затвердженого постановою Кабміну України від 25.03.2015 № 267, шляхом затвердження: «загальних вимог до матеріально-технічної бази для виробництва лікарських засобів, здійснення виробничого контролю їх якості, а також технологічних регламентів; методів здійснення контролю якості лікарського засобу; державних і галузевих стандартів якості лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів» [346]; проведенням інспектування якості лікарських засобів і медичних виробів.

Безпосередній контроль проводить Держлікслужба – «центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який 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» [342]. Вказаний контроль здійснюється в таких напрямках: 1) нормативному (розробляє проекти державних програм, включаючи сферу обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; перевіряє додержання вимог чинного законодавства у сфері якості та безпечності лікарських засобів та інших медичних виробів, зокрема ліцензійних умов суб'єктами господарювання, що виробляють та реалізують лікарські та наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори); 2) превентивному (здійснює галузеву атестацію лабораторій, відповідальних за якість лікарських засобів; контролює імпорт лікарських засобів; збирає зразки медичних виробів і лікарських засобів з метою перевірки їх якості; застосовує заходи, спрямовані на усунення порушень у сфері обігу наркотичних та інших засобів); 3) інформаційному (проводить обмін даними на міжнародному рівні щодо контрольної діяльності у сфері обігу наркотичних речовин; інформує населення про контрольну діяльність, пов'язану з обігом медичних і наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів).

б. Процеси, які здійснюються в межах медичного обслуговування, – «діяльності закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням» (п. 7 ч. 1 ст. 3 Закону № 2801-ХІІ) [270]. Видами медичної допомоги є: екстрена, первинна, спеціалізована, високоспеціалізована та паліативна. До діяльності, яка безпосередньо пов'язана з наданням медичної допомоги, слід відносити проведення лабораторних досліджень, вироблення лікарських засобів та інших виробів медичного призначення, функціонування реабілітаційних центрів тощо. Контроль і нагляд за даним об'єктом здійснює МОЗ України, що передбачено підп. 8 п. 4 Положення про МОЗ України, затвердженого постановою Кабміну України від 25.03.2015 № 267, у якому визначаються його повноваження щодо здійснення: «контролю і нагляду за додержанням законодавства про охорону здоров'я, зокрема про медико-соціальну експертизу, 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» [346].

Водночас наразі не існує чіткого законодавчого визначення кола діяльності, пов'язаної з наданням медичної допомоги, яка за своїм змістом такою не є. Прогресивним у цьому контексті вважаємо законопроект «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні», де передбачено надання медичних послуг – «послідовно визначених дій або комплексу дій суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєнням і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами, які мають самостійне значення і використовуються як основа планування їх обсягу та вартості» [432]. Аналіз вказаного законопроекту дозволяє виділити два види контролю за якістю медичного обслуговування: 1) внутрішній (реалізується керівником закладу в межах наданих йому

повноважень, який також зобов'язаний створити умови для здійснення ефективного громадського контролю чи нагляду); 2) зовнішній (провадиться МОЗ України щодо дотримання ліцензійних вимог надання медичного обслуговування).

7. Медичні матеріали та технології – достатньо широка сфера, оскільки включає біомедичні (включаючи біомедичні метали, полімери, кераміку) та інтелектуальні медичні матеріали: сплави, що мають ефект пам'яті форми; полімери; клітини; тканини; штучні органи; системи обміну; лікарські засоби; медичні вироби та пристрої; методи діагностики та реабілітації; хірургічні процедури; медичну пропаганду (рекламу) тощо. А тому суб'єкти та форми контролю будуть залежати від кожного конкретного об'єкта, які частково були визначені нами вище.

Участь громадськості в управлінні у сфері охорони здоров'я за своїм характером є контролью-наглядовою діяльністю. При цьому «громадський контроль» та «громадський нагляд» є доволі обмеженими за своєю сутністю та не дозволяють наразі вважати громадськість ефективним суб'єктом владних повноважень у сфері охорони здоров'я.

Відповідно до ч. 1 ст. 24 Закону № 2801-ХІІ, «при державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що надають медичну допомогу вторинного і третинного рівнів, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення, за рішенням власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу) утворюються спостережні ради з обов'язковим залученням представників громадськості (за їхньою згодою). Спостережні ради також можуть утворюватися за рішенням власника при інших закладах охорони здоров'я» [270]. Об'єктами їх спостереження є: а) дотримання прав, свобод і забезпечення безпеки пацієнтів; б) додержання вимог законодавства, яке регламентує надання медичних послуг закладами системи охорони здоров'я; 3) фінансова та господарська діяльність закладів охорони здоров'я.

Згідно з п. 3 Порядку утворення спостережної ради охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабміну України від 27.12.2017 № 1077, до останньої входять: «однин представник власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу); представники структурних підрозділів з питань охорони здоров'я та соціального захисту населення місцевої держадміністрації та/або виконавчого органу відповідної місцевої ради – від однієї до чотирьох осіб; депутатів місцевих рад (за згодою) – від однієї до двох осіб; представників громадськості та громадських об'єднань, діяльність яких спрямована на захист прав у сфері охорони здоров'я, організацій, що здійснюють професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я та/або у сфері запобігання корупції (за згодою), – від однієї до восьми осіб (по одному представнику)» [416]. Їх загальна кількість не повинна перевищувати п'ятнадцять осіб, а строк дії повноважень складає три роки.

У пунктах 5 та 6 Типового Положення про спостережну раду закладу охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабміну України від 27.12.2017 № 1077, закріплені її права та повноваження. Зокрема до останніх віднесено: 1) розгляд питань стосовно дотримання законодавства у сфері надання медичного обслуговування, зокрема дотримання прав пацієнтів, розгляду їх заяв (скарг), фінансової та господарської діяльності відповідного закладу системи охорони здоров'я; 2) надання пропозицій керівнику закладу системи охорони здоров'я щодо удосконалення діяльності останнього, наявності недоліків, включаючи факти порушення чи недодержання чинного законодавства та їх усунення. Сама по собі спостережна рада жодним чином не може впливати на об'єкт своєї діяльності. Про це свідчить її специфічний «метод впливу» – через керівника закладу охорони здоров'я, якому вона повідомляє про результати власної роботи. Підкреслимо, що сутність подібної діяльності за своїм змістом у повному обсязі співпадає зі змістом поняття «нагляд». До того ж у п. 1 вказаного вище типового положення міститься пряма вказівка на те, що спостережна рада закладу охорони здоров'я є наглядовим органом [416].

Підсумовуючи, зазначимо, що контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я необхідно розрізняти за рядом ознак, зокрема суб'єктами та наслідками здійснення обох видів діяльності. У такому контексті поняття «нагляд» доцільніше застосовувати виключно щодо здійснення громадського контролю у сфері охорони здоров'я [165, с. 31–32]. Контроль у сфері охорони здоров'я здійснюють органи державної влади, насамперед МОЗ України та Держлікслужба. Однією з новацій реформування системи охорони здоров'я стало створення у 2017 році нового центрального органу виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення – НСЗУ [152, с. 55]. Контрольні повноваження НСЗУ переважно стосуються внутрішнього організаційного аспекту функціонування власного апарату щодо виконання завдань у сфері цивільного захисту; додержання антикорупційного законодавства; використання фінансових і матеріальних ресурсів (п. 5 Положення про НСЗУ, затвердженого постановою Кабміну України від 27.12.2017 № 1101 [424]). Зі свого боку, нагляд разом із державними органами здійснює громадськість, яка реалізує наглядові повноваження безпосередньо або через спостережні органи (ради закладів охорони здоров'я). Контроль і нагляд мають спільну мету – забезпечення законності, однією зі складових якої є запобігання та протидія правопорушенням у сфері охорони здоров'я. Саме адміністративній відповідальності за вчинення правопорушень у сфері охорони здоров'я присвячено наступний підрозділ дослідження.

3.5. Адміністративна відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я в Україні

Адміністративна відповідальність є одним з видів юридичної відповідальності. Наукові підходи щодо визначення сутності адміністративної відповідальності принципово не відрізняються між собою, але містять різні

акценти. Так, на думку Д. В. Журавльова: «адміністративна відповідальність – це вид юридичної відповідальності фізичних і юридичних осіб, яка полягає в застосуванні уповноваженими державою публічними органами (їх посадовими особами) певного виду адміністративного примусу – адміністративного стягнення (адміністративної санкції)» [10, с. 289]. Т. О. Коломоєць розглядає адміністративну відповідальність як «різновид правової відповідальності, специфічна форма негативного реагування з боку держави в особі її компетентних органів на відповідну категорію протиправних проявів (передусім адміністративних проступків), згідно з якою особи, що скоїли ці правопорушення, повинні дати відповідь перед повноваженим державним органом за свої неправомірні дії і понести за це адміністративні стягнення в установлених законом формах і порядку» [189, с. 134]. Схоже визначення адміністративної відповідальності наводять і С. М. Алфьоров, і С. В. Ващенко, розглядаючи її у вигляді «специфічної форми негативного реагування з боку держави в особі її компетентних органів на відповідну категорію протиправних проявів (передусім адміністративних проступків), згідно з якою особи, що скоїли ці правопорушення, повинні дати відповідь перед повноваженим державним органом за свої неправомірні дії і понести за це адміністративні стягнення в установлених законом формах і порядку» [21, с. 82]. На думку Ю. П. Битяка, «під адміністративною відповідальністю слід розуміти накладення на правопорушників загальнообов'язкових правил, які діють у державному управлінні, адміністративних стягнень, що тягнуть за собою для цих осіб обтяжливі наслідки матеріального чи морального характеру» [16, с. 167].

Аналіз наведених визначень дозволяє охарактеризувати адміністративну відповідальність як правові відносини, регламентовані нормами адміністративного права між органами державної влади, їх посадовими особами та особою, яка вчинила адміністративне правопорушення, шляхом застосування до особи заходів державного примусу, внаслідок яких особа може зазнавати певні обмеження майнового характеру або інші негативні наслідки, передбачені

в разі вчинення конкретного адміністративного делікту (санкції). Основною підставою для притягнення особи до адміністративної відповідальності є вчинення нею адміністративного правопорушення – «протиправна, винна (умисна або необережна) дія чи бездіяльність, яка посягає на громадський порядок, власність, права і свободи громадян, на встановлений порядок управління і за яку законом передбачено адміністративну відповідальність» [185] (ч. 1 ст. 9 КУпАП). Тобто, діяння особи повинно суперечити положенням, закріпленим у національному адміністративному законодавстві, а також посягати на суспільні відносини, які знаходяться під охороною держави. Важливою ознакою для визначення факту вчинення адміністративного правопорушення є винність особи, оскільки сенс адміністративної відповідальності, як і будь-якого іншого виду юридичної відповідальності, в тому щоб остання була застосована саме до винної особи, тобто такої, яка дійсно вчинила адміністративний проступок. Важливим у цьому випадку є визначення вини особи щодо конкретного правопорушення, зокрема шляхом встановлення наявності причинно-наслідкового зв'язку між дією або бездіяльністю особи та настанням шкоди чи збитків (шкідливих наслідків). Наведена вище загальна характеристика адміністративного правопорушення дає можливість охарактеризувати його окремий вид – правопорушення вчинене у сфері охорони здоров'я.

Автором цього дослідження неодноразово було акцентовано увагу на значущості сфери охорони здоров'я, яка пов'язана з найважливішими конституційними правами особи на життя, здоров'я, медичне обслуговування та страхування, що отримали свою подальшу деталізацію в численних нормативно-правових актах, наприклад, Основах законодавства про охорону здоров'я [270], Законах України «Про екстрену медичну допомогу», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про лікарські засоби», Положенні про порядок направлення громадян на лікування за кордон, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 08.12.1995 № 991 тощо.

Адміністративне правопорушення може бути вчинене в двох формах: дії (передбачає наявність активного впливу) або бездіяльності (пасивна форма поведінки, яка характеризується утриманням від будь-яких дій, які особа повинна була вчинити, але не вчинила). Таке протиправне діяння особи повинно порушувати норми чинного законодавства, а відповідальність за нього передбачена адміністративно-деліктними нормами, насамперед у викладених положеннях глави 5 КУпАП («Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров'я населення»). Йдеться про статті, вказані у роботі під час дослідження адміністративних процедур, пов'язаних із притягненням до адміністративної відповідальності (ст. 78, 80, 81–83, 90-1, 95, 167, 168-1, 170 КУпАП) та інші статті, які опосередковано пов'язані з провадженням медичної діяльності (ст. 188-10, 188-11, 188-22, 212-3 КУпАП). Відсутність систематизації норм адміністративної відповідальності у сфері охорони здоров'я, яка притаманна іншим видам адміністративних проступків, можна пояснити змістовністю та розгалуженістю сфери охорони здоров'я. Для притягнення особи до адміністративної відповідальності за вчинення правопорушення у сфері охорони здоров'я велике значення має процедура кваліфікації вказаного діяння, тобто «діяльність спеціально уповноваженого органу (посадової особи) щодо пізнання (визначення) юридично значущих ознак діяння (правопорушення), їх аналіз, узагальнення та співставлення з ознаками юридичного складу проступку, визначеного законодавством про адміністративні правопорушення» [536, с. 23], яку неможливо провести без визначення юридичного складу того чи іншого проступку. Останній притаманний не лише адміністративним деліктам, а і будь-яким іншим правопорушенням і являє собою «сукупність ознак єдності об'єктивних і суб'єктивних характеристик, які потрібні для визначення такого діяння правопорушенням» [10, с. 293], а саме: об'єкт, об'єктивна сторона, суб'єкт, суб'єктивна сторона [123, с. 363–365; 57, с. 179; 10, с. 293-295; 189, с. 146-150, 43, с. 35-36; 191, с. 53]. Надалі розглянемо вказані конструктивні ознаки адміністративних правопорушень у сфері охорони здоров'я.

Під об'єктом адміністративного правопорушення С. А. Парменов пропонує розуміти «явища дійсності, які нас оточують та перебувають під охороною держави, оскільки на них можливо здійснити посягання» [278, с. 122]. Т. О. Гуржій конкретизує широке поняття явища дійсності у конкретні адміністративно-правові відносини, які мають місце в різних сферах суспільного життя [80, с. 273], що вбачається більш обґрунтованим. Власне об'єкт адміністративного проступку не є однорідним, незмінним явищем, оскільки складається із сукупності адміністративних правовідносин, визначених кожною конкретною сферою, відображаючи особливості таких правопорушень. З огляду на складну систему такого об'єкта в науці адміністративного права його як правило поділяють на три рівні (ступеня, види) [16, с. 173–174; 189, с. 145–146; 271, с. 38; 21, с. 93–94]. До загального об'єкта входять всі суспільні відносини, що перебувають під охороною держави за допомогою адміністративно-правових норм.

Родовий об'єкт включає близькі за своїм характером і змістом суспільні відносини, відповідно до яких вони об'єднуються в глави Особливої частини КУпАП. Родовим об'єктом адміністративних правопорушень, досліджуваних у цьому підрозділі, є вся різноманітність відносин у сфері охорони здоров'я, які, зважаючи на їх множинність, можна поділити на адміністративні правопорушення, що посягають на: 1) сферу охорони здоров'я, зокрема порядок і правила здійснення медичного обслуговування населення (ст. 44-1–46-2 КУпАП); 2) додержання санітарно-епідеміологічних норм правил і стандартів (ст. 42, 78, 80–82-8, 83, 90-1, 95, 167, 168-1 КУпАП); 3) адміністрування галуззю охорони здоров'я (ст. 188-10, 188-11, 188-22, 212-3 КУпАП).

Безпосередній об'єкт залежить не від абстрактних адміністративно-правових відносин або їх груп, а вказує на конкретно-визначені адміністративно-правові відносини, які у кожному випадку є різними та залежать від конкретної норми права, якою вони охороняються. Зауважимо, що кількість рівнів об'єкта правопорушення у деяких дослідженнях є різними.

Наприклад, у науці кримінального права Л. Л. Кругліков класифікує об'єкт кримінального правопорушення на шість видів: загальний, міжродовий, родовий, груповий, видовий і безпосередній [208, с. 21–28], а в адміністративному праві В. К. Колпаков виділяє такі види об'єктів – загальний, родовий, видовий, безпосередній [191, с. 54–55]. Утім такі погляди є зайво деталізованими і потребують додаткового обґрунтування. Тому в контексті цього дослідження не будуть взяті до уваги.

Найзмістовнішою ознакою складу правопорушення є його об'єктивна сторона, оскільки вона встановлює детальний опис динаміки протиправного діяння, його зовнішній прояв. Ознаки об'єктивної сторони можна поділити на обов'язкові (діяння у формі дії чи бездіяльності, настання суспільно шкідливих наслідків і причинного зв'язку між протиправним посяганням і вказаними наслідками) та факультативні. Відсутність обов'язкових ознак об'єктивної сторони унеможливорює існування останньої і призводить до неможливості кваліфікацій діяння як адміністративного проступку. До факультативних ознак об'єктивної сторони необхідно віднести: час, місце (ст. 42-4, 46-1 КУпАП), спосіб (ст. 42-4, 44, 46-1, 78, 80, 81, 82, 82-3 КУпАП), засіб (ст. 42-1, 42-2, 44, 45-1, 78, 80-82-2, 82-5, 82-8, 83, 167 КУпАП), умови (ст. 44-2, 78, 90-1, 170 КУпАП) та знаряддя вчинення адміністративного правопорушення. Останні впливають на кваліфікацію делікту лише у разі, якщо вони прямо передбачені у відповідній правовій нормі.

Основною ознакою об'єктивної сторони є діяння, яке може мати форму дії чи бездіяльності. Разом із тим, факти настання шкідливих наслідків і причинного зв'язку між протиправним посяганням і вказаними наслідками інколи відносять і до факультативних ознак [140, с. 220–221], мотивуючи це тим, що деякі адміністративні правопорушення мають формальний склад, а тому не тягнуть за собою негативних наслідків матеріального характеру, натомість полягають у порушенні законодавчо встановлених правил і обов'язків.

Серед різноманіття діянь, які охоплюються об'єктивною стороною розрізняють [191, с. 57–59; 140, с. 220]:

– прості (ч. 5 ст. 41, ст. 42-42-2, 42-4, 44-44-2, 45-46-2, ч. 3 ст. 82, ст. 82-8, 95, 168-1, 170, 188-10, 188-11, 212-3 КУпАП) та складні (ст. 45-1, 78, 80-82-4, 82-6, чч. 1-2 ст. 82-7, ст. 83, 167, 188-2, 212-3 КУпАП) – у першому випадку об'єктивною стороною правопорушення передбачено вчинення одного діяння, а у другому вона складається із сукупності різних діянь;

– альтернативний склад об'єктивної сторони – закріплює два чи більше діяння. При цьому для їх кваліфікації важливим є факт наявності хоча б одного з них (ст. 42-1-42-2, 44, 45, 45-1, 46, 78, 82, 82-1, 82-3, 82-4, ч. 1 ст. 82-7, ст. 83, 167, 168-1, 188-10, 188-11, 212-3 КУпАП);

– збірні адміністративні правопорушення – об'єктивна сторона складається з двох чи більше різнопланових, не схожих один на одного діянь (ст. 42-1, 42-2, 44, 45-1, 78, 82-82-4, 82-6, 83, 167 КУпАП);

– триваючі адміністративні проступки – характеризуються протиправною бездіяльністю, яка найчастіше відображається у невиконанні обов'язку особою (ст. 42, 42-2, 42-4, 44-1, 45, 45-1, 46, 46-1, 82-1, чч. 2-3 ст. 82-7, ст. 90-1, 188-10, 188-11, 188-22 КУпАП);

– продовжуваним адміністративним правопорушенням притаманна об'єктивна сторона, яку утворюють декілька тотожних чи дуже близьких за своїм значенням і формою діянь (ч. 1 ст. 41, ст. 42, 42-1, 42-2, 44-4, 44, 44-2, 45, 45-1, 46-46-2, 78, 81-82-1, 82-6, ч. 1 ст. 82-7, ст. 83, 90-1, 95, 168-1, 170 КУпАП).

Діяння, як основна ознака об'єктивної сторони, може бути закінчене і незакінчене. Але під час кваліфікації адміністративних проступків це не має такої визначальної ролі, як у кримінальному праві. Безпосередня вказівка на закінченість або незакінченість діяння міститься в самій статті Особливої частини КУпАП. Закінчене діяння передбачає вчинення всіх протиправних діянь особою, що призвели до настання суспільно шкідливих наслідків, а незакінчене діяння має місце у разі, коли особа не змогла вчинити всі необхідні, на її думку, протиправні дії через причини, які не залежали від неї. Виділяють і

повторні проступки, тобто діяння, які вчиняються два або більше разів. На це переважно вказується в окремому порядку в адміністративно-деліктному законодавстві (ч. 2 ст. 42-4, ч. 2 ст. 44-2, ч. 2 ст. 82-8, ч. 2 ст. 95 КУпАП).

Щодо наслідків вчинення адміністративного правопорушення, то серед них розрізняють правопорушення, вчинення яких призводить до матеріальних і нематеріальних наслідків. Відповідно адміністративні правопорушення у сфері охорони здоров'я можуть мати матеріальний (ст. 42, 42-1, 42-2, 42-4, 44-2, 46-1, 46-2, 78, 80-82-8, 83, 90-1, 95, 167, 168-1, 170, 212-3 КУпАП) і формальний (ч. 5 ст. 41, ст. 42, 42-1, 42-2, 42-4, 44, 44-1, 44-2, 45-46-2, 78, 80, 81-82-8, 90-1, 95, 167, 168-1, 170, 188-11, 188-22, 212-3 КУпАП) склади [246, с. 661]. Правопорушення з матеріальним складом призводять до суспільно шкідливих наслідків, які передбачають збитки майнового характеру, а у випадку вчинення проступків з формальними складами вони не настають, натомість шкода завдається моральним і етичним правилам і цінностям, утвердженим у суспільстві. Зауважимо, що здійснений нами розподіл статей є узагальнюючим, умовним і може варіюватися залежно від конкретного вчиненого адміністративного правопорушення у сфері охорони здоров'я, адже норми адміністративно-деліктного законодавства носять узагальнений і дещо абстрактний характер.

Наступною ознакою юридичного складу адміністративного правопорушення у сфері охорони здоров'я є суб'єкт його вчинення. Для того, щоб мати можливість притягнути таку особу до адміністративної відповідальності вона повинна досягти віку, з якого така настає, а також бути здатною нести юридичну відповідальність. Частково погоджуємось з В. В. Зуй, яка, характеризуючи суб'єкта адміністративного правопорушення, зазначає, що це «фізична особа, яка досягла на момент вчинення адміністративного правопорушення 16-річного віку» [16, с. 175]. Ще один суб'єкт, передбачений у ст. 14 КУпАП, – це посадові особи. Вони «підлягають адміністративній відповідальності за адміністративні правопорушення, пов'язані з недодержанням установлених правил у сфері охорони порядку управління,

державного і громадського порядку, природи, здоров'я населення та інших правил, забезпечення виконання яких входить до їх службових обов'язків», і визначається як спеціальний суб'єкт, оскільки порівняно з вказаними вище мають комплекс спеціальних повноважень, пов'язаних з набуттями ними спеціального статусу, обумовленого займанням певної посади, на відміну від загальних [185].

Зазначимо, що у КУпАП відсутні положення про адміністративну відповідальність юридичних осіб. Загалом в адміністративно-деліктному законодавстві доцільно провести градацію суб'єктів правопорушення на фізичних і юридичних осіб, особливо з огляду на збільшення випадків притягнення останніх до адміністративної відповідальності. Сьогодні юридичні особи несуть відповідальність за податковим законодавством, окремими законами, тоді як КУпАП зосереджується на фізичних особах, що обґрунтовано можна визнати недоліком чинного Кодексу, з огляду на його невідповідність сучасним реаліям.

На підставі характеристики суб'єктів, які можуть бути притягнуті до адміністративної відповідальності, визначимо іншу категорію – суб'єктів вчинення адміністративних правопорушень у сфері охорони здоров'я:

а) громадяни (ст. 44, 45-1, 46-1, 46-2, 81, 82, 82-2, 82-5, ч. 3 ст. 82-7, 83, 90-1, 188-10, 188-11, 188-22 КУпАП);

б) посадові особи (ст. 46-1, 78, 80, 82, 82-1-82-6, 82-7, 83, 90-1, 95, 167, 188-11, 170, 212-3 КУпАП);

в) працівники медичного закладу (ст. 42-4 КУпАП);

г) фармацевтичні та медичні працівники (ст. 44-2 КУпАП);

г) особи, хворі на наркоманію (ч. 1 ст. 44-1 КУпАП);

д) особи, які зловживають наркотичними засобами (ч. 2 ст. 44-1 КУпАП);

е) особи, щодо яких є достатні дані про те, що вони хворі на венеричну хворобу (ст. 45 КУпАП);

є) особи, хворі на венеричну хворобу (ст. 46 КУпАП);

ж) особи, які були у контакті з хворими на венеричну хворобу і потребують профілактичного лікування (ст. 45 КУпАП);

з) громадяни-суб'єкти підприємницької діяльності (ст. 80, 82 КУпАП);

и) громадяни-власники підприємств (ст. 167 КУпАП).

Наведена класифікація дає підстави стверджувати, що у КУпАП невдало виокремлено окремі категорії суб'єктів вчинення адміністративних правопорушень у сфері охорони здоров'я, з огляду на абстрактність їх визначення та відсутність чіткого кола осіб, а деяких суб'єктів взагалі не враховано. Так, поряд із громадянами до адміністративної відповідальності за вчинення правопорушень у сфері охорони здоров'я можуть бути притягнуті і іноземці, а тому вживання самого терміну «громадянин» виглядає необґрунтованим. Тому, в цьому разі, доцільніше вживати інший термін – фізична особа. Водночас незрозумілими залишаються й інші категорії, що позначають таких суб'єктів як от громадяни-суб'єкти підприємницької діяльності та громадяни-власники підприємства, адже суб'єктами підприємницької діяльності та власниками підприємств можуть бути й іноземці, яких де-юре на сьогодні не можна притягнути до адміністративної відповідальності за відповідні правопорушення, на відміну від громадян.

Суб'єктивна сторона виражає ставлення самої особи правопорушника до вчиненого нею діяння та його наслідків. Будучи пов'язаною з психічним аспектом особи, вона включає в себе одну обов'язкову ознаку – наявність вини, а також дві факультативні: мотив і мету. Вина може виражатись у формі умислу чи необережності, описання яких наведено у ст. 10–11 КУпАП відповідно. При вчиненні умисного адміністративного правопорушення особа не тільки усвідомлює протиправність вчиненого нею діяння, а також передбачає та бажає або свідомо припускає настання суспільно шкідливих наслідків. Адміністративний проступок вчинений із необережністю має місце тоді, коли правопорушник допускав настання суспільно шкідливих наслідків, при цьому або розраховував на їх ненастання чи відвернення, незважаючи на те, що він повинен був їх передбачити. Серед адміністративних правопорушень у сфері

охорони здоров'я можна виділити такі, що характеризуються: умислом або необережністю (ч. 5 ст. 45, ст. 42-42-1, 42-2, 44-2, 45, 46-2, 78, 80, 81, 82, 82-1, 82-6-82-8, 83, 90-1, 95, 167, 168-1, 170 КУпАП); виключно умислом (ст. 42-4, 44, 44-1, 45, 46, 46-1, 82-2-82-5, 188-10, 188-11, 188-22, 212-3 КУпАП); наявністю мети збуту предметів харчування та іншої продукції (ст. 42-2 КУпАП) або прямої вказівки на відсутність такої (ст. 44 КУпАП).

Адміністративні проступки, включаючи ті, що вчиняються у сфері охорони здоров'я, підлягають фіксуванню (документуванню) за допомогою протоколу про адміністративні правопорушення, який складається у порядку та згідно з вимогами, передбаченим главою 19 КУпАП. Протоколи про адміністративні проступки у сфері охорони здоров'я мають право складати:

1) уповноважені на те посадові особи органів: Національної поліції (ч. 1 ст. 44, ст. 44-1, 46-1, 46-2 КУпАП); охорони здоров'я (ст. 45, 46, 46-2 КУпАП); управління Військової служби правопорядку у Збройних Силах України (ст. 44 КУпАП, якщо правопорушення вчинене військовослужбовцями, військовозобов'язаними та резервістами під час проходження зборів, а також працівниками Збройних Сил України, під час виконання ними службових обов'язків), а також лабораторіями радіаційного контролю міністерств і відомств України, організацій споживчої кооперації (ст. 42-2 КУпАП);

2) Держпродспоживслужба – «центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері безпечності та окремих показників якості харчових продуктів» [343];

3) голова ради адвокатів Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя або уповноважений радою член ради адвокатів (ст. 212-3, за умови, якщо таке правопорушення зачіпає положення Закону України «Про адвокатуру та адвокатську діяльність»);

4) громадський інспектор з охорони довкілля (ст. 78, 82 КУпАП) [340].

Притягнення особи до юридичної відповідальності неможливо без своєчасного, об'єктивного, повного та неупередженого розгляду справи в межах провадження у справах про адміністративні правопорушення в порядку,

передбаченому розділом IV КУпАП. Характерним для такого виду проваджень є те, що процедуру документування та безпосередній розгляд справи можуть здійснювати різні органи державної влади. Не є виключенням з цього правила і адміністративні проступки у сфері охорони здоров'я. До органів державної влади, уповноважених розглядати по-суті та приймати рішення про притягнення особи до адміністративної відповідальності за вчинення адміністративного правопорушення у сфері охорони здоров'я, слід віднести:

- 1) адміністративні комісії (ст. 45, 46 КУпАП);
- 2) районні, районні у місті, міські чи міськрайонні суди (ст. 41-1-41-3, 42-1, 42-2, ч. 6 ст. 44, ст. 44-1, 46-1, 46-2, 188-22, 212-3 КУпАП);
- 3) Держлікслужба, а також від їх імені «Головний державний інспектор України з контролю якості лікарських засобів та його заступники, головні державні інспектори з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві, Севастополі та їх заступники, державні інспектори з контролю якості лікарських засобів» [185] (ст. 42-4, 44-2, 45-1, 167, 168-1, 170, 188-10 КУпАП);

Зауважимо, що КУпАП серед суб'єктів здійснення провадження в справах про адміністративні правопорушення називає тих, яких вже ліквідовано, та повноваження яких виконують інші новостворені органи. Йдеться про Державну екологічну інспекцію України в особі Головного державного інспектора України з охорони навколишнього природного середовища та його заступників, старших державних інспекторів України з охорони навколишнього природного середовища, державних інспекторів України з охорони навколишнього природного середовища тощо [185] (ст. 168-1 і 170 КУпАП), а також про Державну санітарно-епідеміологічну службу в особі головних державних санітарних лікарів та ін. (ч. 1 ст. 41, ст. 42, 78, 80 - 83, 90-1, 95, 167, 168-1, 170, 188-11 КУпАП). За таких обставин залишається незрозумілим хто виступає лідируючим суб'єктом при провадженні у таких справах, який орган є суб'єктом розгляду справ про адміністративні правопорушення. Тому необхідно визначити нову систему суб'єктів здійснення

провадження у справах про адміністративні правопорушення у сфері охорони здоров'я та закріпити її у відповідній главі КУпАП, враховуючі актуальні органи державної влади, що функціонують у сфері охорони здоров'я, на кшталт змін внесених в адміністративно-деліктне законодавство щодо Національної поліції (ст. 44, 222, 255 КУпАП).

У результаті вирішення справи по суті вказані органи можуть прийняти рішення про притягнення особи до відповідальності та накладення адміністративного стягнення, передбаченого у ст. 24 КУпАП, або заходів впливу, що застосовуються до неповнолітніх (ст. 24-1 КУпАП) чи закриття справи, в тому числі за малозначністю правопорушення (ст. 22 КУпАП). За адміністративні делікти у сфері охорони здоров'я застосовуються такі види адміністративних стягнень: 1) штраф (ч. 5 ст. 41, ст. 42, 42-4, 44-44-2, 45-46, 78, 80-83, 90-1, 95, 167, 170, 188-10, 188-11, 188-22, 212-3 КУпАП), зокрема з конфіскацією продукції (ст. 42-1, 42-2 КУпАП) або зняття вчинення правопорушення (ст. 46-1, 46-2 КУпАП); 2) громадські роботи (ст. 44 КУпАП); 3) адміністративний арешт (ст. 44 КУпАП). Відмітимо, що однією з основних проблем у справах про адміністративні правопорушення у сфері охорони здоров'я є суми штрафних санкцій, що не відповідають реаліям. Вони є критично низькими та об'єктивно потребують збільшення. Зі свого боку це негативно позначається і на залученні експертів під час провадження по вказаній категорії адміністративних справ. Цілком очевидним є і те, що адміністративні правопорушення у сфері охорони здоров'я мають бути виокремлені зі складу глави 5 «Адміністративні правопорушення у сфері охорони праці і здоров'я населення» та інших глав КУпАП у самостійну главу, яка могла б отримати назву «Адміністративні медичні правопорушення» [164, с. 146].

Отже, за вчинення адміністративних правопорушень у сфері охорони здоров'я в Україні медичні та фармацевтичні працівники несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно з чинним законодавством. Враховуючи статистичні дані притягнення медичних та

фармацевтичних працівників до юридичної відповідальності в Україні, оприлюднені на сайті Генеральної прокуратури України [453], «слід констатувати, що більшість випадків притягнення їх до юридичної відповідальності є безпідставними. Справи, де суб'єктами юридичної відповідальності виступають медичні та фармацевтичні працівники, за ступенем складності визнаються найбільш складними, що пояснюється необхідністю застосування спеціальних знань» [176, с. 47] та наявністю сталої системи «корпоративної етики» у негативному аспекті, де остання полягає у закритості та покритті професійних правопорушень самими медичними працівниками. Детальна регламентація процедури притягнення до адміністративної відповідальності та супутніх елементів, таких як: ознаки юридичного складу адміністративних правопорушень у сфері охорони здоров'я; закріплення суб'єктів, уповноважених складати відповідні протоколи, а також розглядати дану категорію справ по суті; санкції у формі окремих видів адміністративних санкцій – все це у сукупності є основою охорони правовідносин, які виникають в зазначеній сфері. Водночас розвиток і трансформація останніх представляє собою стійкий прогресивний динамічний процес, якому повинні відповідати ті правові інститути, які забезпечують їх функціонування. Тому, поряд з реформаційними процесами щодо надання медичних послуг і медичного обслуговування, важливе значення має комплексне удосконалення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.

Висновки до розділу 3

Дослідження адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні дозволяє представити здобуті результати у вигляді таких висновків:

1. Систему принципів адміністративно-правового забезпечення відносин

у сфері охорони здоров'я в Україні визначено як багатокomпонентне відносно стабільне ієрархічне утворення структурованих принципів і норм-принципів (закріплених у національному та міжнародному законодавстві) та інших положень у формі керівних засад та ідей, переважно юридичного, управлінського та медичного характеру, які стосуються функціонування системи охорони здоров'я, зокрема провадження медичної практики та організації роботи медичного персоналу.

Визначено такі характерні риси системи принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні: багатокomпонентність, загальна стабільність, чітка систематизація тощо.

2. Сутність форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні розкрито через такі характерні ознаки: мають правовий або неправовий характер; є проявом зовнішньої діяльності суб'єктів управління в системі охорони здоров'я, результати якої можна спостерігати; є нормативно обмеженими, оскільки передбачені компетенцією суб'єктів управління та реалізуються на підставі норм права, зокрема адміністративних; обумовлені необхідністю виконання завдань і вирішенням проблем, поставлених перед ними у сфері охорони здоров'я; переважно мають юридичну регламентацію; тягнуть за собою настання зазвичай наслідків юридичного характеру чи призводять до здійснення юридично-значущих дій. Виокремлено та охарактеризовано правові та неправові форми забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні.

Зміст методів забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні визначено на підставі встановлення властивих їм ознак: засоби, прийоми, способи, які є неоднорідними за своїм змістом і сутністю та характеризуються як імперативністю, так і диспозитивністю; вони застосовуються лише уповноваженими суб'єктами, як правило, органами державної влади, рідше – фізичними та юридичними особами державної та приватної форм власності; їх застосування спрямоване на виконання проміжних завдань, які ставляться в межах системи охорони здоров'я та досягнення загальної мети – забезпечення

функціонування та прогресивний розвиток сфери охорони здоров'я; досягнення вказаних проміжних завдань і загальної мети стає можливим, в тому числі за рахунок упорядкування адміністративно-правових відносин, що формуються у сфері охорони здоров'я за допомогою застосування конкретних методів; включають в себе не тільки класичні юридичні методи.

3. Досліджено види адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я (реєстраційні, дозвільні, ліцензійні, інспекційні, експертні, контрольно-наглядові процедури, приватизаційні, екзаменаційні, акредитаційні та ін.) та розглянуто порядок їх здійснення.

Визначено, що реєстраційні процедури у сфері охорони здоров'я мають місце при необхідності здійснення державної реєстрації: медичної техніки, інших виробів медичного призначення, а також осіб, які вводять їх в обіг; живонароджених і мертвнонароджених; хворих на туберкульоз; донорів крові та її компонентів; хворих, які потребують імплантації електрокардіостимуляторів тощо. Дозвільні процедури у сфері охорони здоров'я передбачають отримання документів різної юридичної форми. Виокремлено два види таких процедур: 1) надання дозвільного документа особі, що надає їй право на здійснення сукупності дій або провадження діяльності, пов'язаної з охороною здоров'я громадян і медичної практикою; 2) прийняття рішення чи отримання погодження. Інспекційні процедури стосуються систематичних перевірок та проведення експертиз в системі охорони здоров'я. Контрольно-наглядові процедури у сфері охорони здоров'я переважно пов'язані з медичним і медико-педагогічним контролем, адміністративним контролем і державним санітарно-епідеміологічним наглядом. Приватизаційні процедури передбачають приватизацію державного чи комунального майна.

4. Виокремлено такі об'єкти державного контролю у сфері охорони здоров'я: 1) медичне законодавство; 2) навколишнє природне середовище; 3) санітарно-епідемічне благополуччя населення; 4) нормативи професійної діяльності у сфері охорони здоров'я; 5) процес виробництва та стандарти якості лікарських засобів; 6) процеси, які здійснюються в межах медичного

обслуговування; 7) медичні матеріали та технології.

Доведено, що участь громадськості в охороні здоров'я (в складі спеціально створених Спостережних рад при закладах охорони здоров'я) тяжіє до наглядової. Об'єктами громадського нагляду є: а) дотримання прав, свобод і забезпечення безпеки пацієнтів; б) додержання вимог законодавства, яке регламентує надання медичних послуг закладами системи охорони здоров'я; 3) фінансова та господарська діяльність закладів охорони здоров'я.

5. Розкрито особливості юридичних складів адміністративних правопорушень у сфері охорони здоров'я. Визначено об'єктів адміністративних правопорушень у сфері охорони здоров'я, суб'єктів вчинення адміністративних правопорушень у цій сфері, а також органи, уповноважені розглядати і вирішувати справи про адміністративні правопорушення у цій сфері.

Основними видами санкцій, що застосовуються за вчинення адміністративних деліктів у сфері охорони здоров'я визначено штраф, конфіскацію, громадські роботи та адміністративний арешт.

РОЗДІЛ 4

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИХ ВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

4.1. Зарубіжний досвід адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я та можливості його використання в Україні

Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я є одним з основних напрямів діяльності органів державної влади в будь-якій країні. Реформа системи охорони здоров'я, яка сьогодні відбувається в Україні, спрямована на підвищення ефективності надання своєчасної та якісної медичної допомоги. Для побудови нової сучасної системи охорони здоров'я важливим є позитивний досвід організації таких систем в зарубіжних країнах і з'ясування можливості його застосування в Україні. Визначаючи переваги та недоліки адміністративно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я в різних державах, слід враховувати політичні, економічні та соціальні умови, і вже на підставі цього формувати напрями реформування вітчизняної системи охорони здоров'я.

Кожна держава, яка прагне забезпечити високий рівень життя для своїх громадян, створює правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи охорони здоров'я. Євроінтеграційні процеси в Україні спонукають державу до вдосконалення правового регулювання відносин у соціальній сфері та економіці, його наближення до стандартів і цінностей ЄС, а також до впровадження принципів, що існують у державах – членах ЄС (наприклад, принципів повного охоплення населення медичним обслуговуванням, солідарності фінансування, доступності та високої якості медичної допомоги).

Особливості державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в кожній з держав обумовлені суспільним ладом, політичним становищем, загальним рівнем соціально-економічного розвитку, соціальною політикою і функціонуючою моделлю організації та фінансування системи охорони здоров'я.

Пошук оптимальної моделі правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я сприяє підвищенню рівня надання медичної допомоги, покращенню здоров'я населення та вдосконаленню законодавства в державі.

Реалізація євроінтеграційних прагнень України неможлива без упровадження принципів, що існують у державах – членах ЄС (наприклад, принципів повного охоплення населення медичним обслуговуванням, солідарності фінансування, доступності та високої якості медичної допомоги тощо). Для реалізації вказаних принципів та з метою покращення здоров'я населення України здійснюється пошук оптимальної моделі організації системи охорони здоров'я. Водночас відбувається вдосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я як основи для підвищення рівня надання медичної допомоги та створення умов максимального охоплення населення доступним і якісним медичним обслуговуванням за мінімальних фінансових затрат.

Існують різні системи охорони здоров'я, які залежно від організації та фінансування поділяються на: 1) приватні; 2) державні; 2) змішані (із застосуванням механізму обов'язкового та добровільного медичного страхування). З метою визначення оптимальної моделі системи охорони здоров'я для України необхідно проаналізувати кожен з них і розглянути досвід їх упровадження в різних державах світу.

Так, для приватної моделі характерні децентралізація фінансування, розгалужена інфраструктура страхових організацій, відсутність державного регулювання. При застосуванні цієї моделі медичні послуги є товаром, який може вільно купуватися та продаватися. Фінансування витрат на медичну допомогу здійснюється громадянами та частково юридичними особами – роботодавцями як відрахування з їх доходу [41, с. 111].

На основі ринкової (приватної) моделі охорони здоров'я побудовано систему охорони здоров'я США, яка представлена незалежними службами на трьох основних рівнях: сімейна медицина, госпітальна допомога і суспільна охорона здоров'я. Сімейні лікарі надають послуги у приватних кабінетах або об'єднуються з іншими лікарями та надають амбулаторну й невідкладну допомогу пацієнтам у лікарнях. За необхідності сімейні лікарі скеровують своїх пацієнтів на прийом до вузьких спеціалістів. Послуги сімейних лікарів оплачують безпосередньо пацієнти. Сімейна медицина у США є первинною ланкою системи охорони здоров'я. Діяльність лікарів сімейної практики контролюється декількома незалежними одна від одної організаціями: Американською академією сімейних лікарів (відповідає за визначення політики сімейної практики, має вирішальний голос під час обговорення питань охорони здоров'я на всіх рівнях виконавчої влади, виступає представником інтересів сімейних лікарів і здійснює контроль за їх освітою); Американським комітетом із сімейної практики (відповідає за офіційну сертифікацію сімейних лікарів); Комісією з перевірки підготовки ординаторів у галузі сімейної практики при Раді акредитації випускників медичних закладів охорони здоров'я (контролює післядипломну освіту фахівців із сімейної медицини) [102, с. 220].

Основними джерелами фінансування американської системи охорони здоров'я є приватне та некомерційне страхування, якими охоплюються приблизно 85% населення (близько 50% застраховані своїми роботодавцями, 10% самостійно застраховані, решта застраховані в рамках державних програм) [486, с. 29]. Кошти приватного медичного страхування в загальному бюджеті системи охорони здоров'я в США складають 33%, кошти інших приватних джерел – 4%, особисті кошти громадян – 21%. Зауважимо, що у США понад 2 000 страхових медичних компаній, які надають послуги страхування лікарняної та позалікарняної медичної допомоги [41, с. 111].

Значну роль у забезпеченні населення медичною допомогою відіграють державні програми підтримки соціально вразливих верств населення. Найбільш поширеними серед них є Medicare та Medicaid [439, с. 28], кошти яких

складають в загальному бюджеті охорони здоров'я США близько 10% та 17% відповідно [41, с. 111].

Державна страхова програма Medicare призначена для забезпечення медичною допомогою пацієнтів віком від 65 років (які проживали на законних підставах у США не менше 5 років та сплатили самі (або їхні подружжя) податки на потреби Medicare не менше як за 10 років), інвалідів старшої вікової групи (які отримують допомогу за інвалідністю не менше 24 місяців), хворих з хронічною нирковою недостатністю чи осіб, які мають потребу в пересадженні нирки, хворих на аміотрофічний склероз і таких, які мають право на соціальне страхування на випадок інвалідності [486, с. 29–30].

Програма Medicare призначена для малозабезпечених верств населення, фінансується спільно урядом США та штатами, а її фінансовий фонд формується за рахунок спеціального податку на прибуток юридичних осіб – роботодавців та доходу працівників. Федеральний уряд сплачує приблизно половину всіх витрат за програмою за рахунок загального податку, решта сплачується штатом. Кожний штат здійснює управління власної програми Medicaid, але федеральний центр Medicaid Service контролює цю програму та встановлює вимоги до надання послуг, їх якості, фінансування та стандартів. Зауважимо, що вказана програма є фінансово затратною для уряду США [102, с. 221].

Цікаво, що до 2010 року в США питання страхування здоров'я вважалося приватною справою кожної особи. Усе змінилося з проведенням медичної реформи, яка передбачила обов'язкове забезпечення всіх верств населення медичним страхуванням і збільшення державного регулювання сфери організації охорони здоров'я [554; 199, с. 5]. В результаті реформи кількість незастрахованих осіб у США скоротилася з 49 мільйонів у 2010 році до 29 мільйонів у 2015 році. Комплексні реформи на ринку медичного страхування в США полягали в наданні фінансової допомоги особам з низьким і середнім рівнем доходів, які купують страхове покриття, підтримки штатам, які

розширюють свої програми Medicaid для літніх людей з низькими доходами, розширюють страхове покриття.

Крім того, було вдосконалено механізм медичного страхування людей, які вже були застраховані до реформи. Після реформи страхове покриття обов'язково повинно включати в себе основний набір послуг охорони здоров'я, наприклад, догляд за пологами, лікування психічного здоров'я та порушення здоров'я внаслідок вживання наркотичних речовин, послуги щодо профілактики захворювань, зокрема жіночих [554].

До основних змін, пов'язаних із реформою, належать:

- 1) сплата штрафу громадянином за відсутність у нього медичної страховки;
- 2) сплата субсидії на медичну допомогу малозабезпеченим громадянам;
- 3) розширення страхових планів програм Medicare та Medicaid, а також введення субсидій, що частково покривають вартість медикаментів;
- 4) введення податкових пільг для роботодавців при страхуванні своїх працівників тощо.

Метою реформаційних процесів було скорочення витрат на медичну галузь з бюджету. Однак з ухваленням реформи зросла завантаженість медичних працівників, а страхові компанії були змушені збільшити вартість страхових пакетів, що включають в себе значну кількість послуг. Тому сьогодні близько 16% громадян США досі не мають медичної страховки, тобто система охорони здоров'я, яка ґрунтується на ринкових засадах, не має такої властивості, як доступність медичної допомоги для всіх верств населення [257, с. 260].

Зауважимо, що президент Дональд Трамп спробував скасувати реформу охорони здоров'я, запроваджену у 2010 році. Відповідно до Закону про скорочення податків і робочих місць, ухваленого Конгресом і підписаного Дональдом Трампом, з 2019 року скасовується штраф за відсутність медичної страховки, що може сприяти збільшенню кількості незастрахованих американців, а витрати на медичне обслуговування будуть рости швидше, адже

незастраховані особи будуть звертатися в кімнати невідкладної медичної допомоги до лікарів первинної медичної допомоги [555].

Отже, в США фінансування системи охорони здоров'я характеризується наявністю медичних програм для малозабезпечених громадян, що фінансуються з федерального бюджету, бюджетів штатів, приватними особами та роботодавцями, переважним фінансуванням забезпечення надання медичної допомоги приватними особами за рахунок їх внесків до фондів медичного страхування. Утім ця система має такі серйозні недоліки, як висока вартість медичних послуг, що не забезпечує доступності медичної допомоги, недосконалість механізмів використання фінансових ресурсів, відсутність державного регулювання та контролю за якістю медичних послуг. Крім того, для приватної системи характерне вільне, нерегульоване ціноутворення на медичні послуги та значні витрати держави на охорону здоров'я (наприклад, в США ці витрати становлять понад 16% ВВП) [41, с. 113].

Потрібно зазначити, що застосувати в Україні досвід США можна лише стосовно вдосконалення законодавства щодо програм фінансування надання медичної допомоги малозабезпеченим верствам населення, розширення мережі медичних установ, підвищення рівня та застосування оптимального механізму оплати праці медичним працівникам та покриття державними програмами витрат на профілактику захворювань.

Від моменту здобуття незалежності Україною, державною владою неодноразово робилися спроби вирішити проблему невідповідності успадкованої від СРСР системи охорони здоров'я шляхом її приведення у відповідність до ринкових умов сьогодення. Ще у 2003 році автори навчального посібника «Державна політика та стратегія в галузі охорони здоров'я» відмічали, що «...загальні напрямки реформування вітчизняної системи охорони здоров'я населення України передбачають десять напрямків реформування, зокрема, створення двох секторів медичної допомоги і поетапне впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування» [87, с. 28].

Організація системи охорони здоров'я, заснована на обов'язковому медичному страхуванні громадян, застосовується в Німеччині, Франції, Австрії, Бельгії, Нідерландах, Швеції та Японії. Так, система медичного страхування Німеччини характеризується високими стандартами надання медичної допомоги та вважається однією з найкращих в ЄС.

Модель системи охорони здоров'я Німеччини була заснована Отто фон Бісмарком та базується на принципах соціальної солідарності, децентралізації та саморегуляції. Фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється переважно за рахунок коштів обов'язкового державного медичного страхування. Медична допомога доступна всім людям незалежно від їх матеріального становища. Медичну страховку зобов'язаний мати кожен громадянин Німеччини. Є два види медичної страховки: обов'язкова і приватна. Основний принцип – чим вищий дохід, тим більші страхові платежі. На даний момент близько 97% громадян Німеччини мають медичну страховку [531].

Контроль за наданням послуг в обсязі, який гарантується медичним страхуванням, здійснюють лікарняні каси, яким органи влади передають повноваження у сфері управління фінансуванням. Всі лікарняні каси є некомерційними організаціями. Для покриття витрат на медичну допомогу вони збирають у членів внески, що стягуються із заробітної плати, пенсій, допомоги на випадок безробіття тощо. Лікарняні каси мають право встановлювати ставку внеску, яка необхідна для покриття витрат. Держава не втручається в управління лікарняними касами, а лише здійснює нагляд за їх діяльністю [484, с. 120].

Ключовими ознаками такої моделі є: неурядові страхові фонди та компанії із законодавчо визначеним статусом, що регулюються державою; попит на медичну допомогу та сумарні витрати на охорону здоров'я суттєво зростають при введенні страхових полісів; страхові компанії (фонди) є покупцями медичних послуг у держави, між ними є конкуренція; обов'язкові внески працівників та роботодавців або спеціальні податки (25–35% державне фінансування); договори фондів (а не регіональних органів управління

охороною здоров'я) з надавачами медичної допомоги; хворі сплачують медичні послуги, неохоплені страховкою, або частину їх вартості (засіб скорочення попиту) [41, с. 111].

Перевагами Німецької системи фінансування охорони здоров'я слід визнати обов'язкове медичне страхування і гарантування державою певного рівня медичного обслуговування для кожного, високий рівень медичного обслуговування, достатній обсяг фінансування охорони здоров'я державою тощо. Однак однією з проблем німецької системи фінансування охорони здоров'я є зростання кількості безробітних. Це зумовлює збільшення тягаря страхового внеску, що сплачується працездатними громадянами.

Слід відзначити, що відповідно до моделі Бісмарка функціонує система охорони здоров'я в Естонії. Єдиним платником на ринку, який забезпечує обов'язкове медичне страхування, виступає Естонський фонд страхування охорони здоров'я (Estonian Health Insurance Fund, EHIF), заснований у 2001 році. Він являє собою публічну державну установу, яка діє у встановленому естонським законодавством порядку. Фондом охоплено більше 95% населення Естонії.

Система медичного страхування Естонії заснована на солідарності. Близько 49% застрахованого населення – особи, які не беруть участь у наповненні фонду, в тому числі діти, студенти, пенсіонери за інвалідністю та громадяни віком від 65 років, які субсидіюються дієздатними працівниками. Держава забезпечує близько 4% всіх громадян, враховуючи осіб, які перебувають у відпустці по догляду за дитиною, зареєстрованих безробітних та осіб, які забезпечують піклування за інвалідами. До групи осіб, які не беруть участь в обов'язковому медичному страхуванні, належать також особи, на яких поширюються добровільні страхові медичні угоди [557, с. 25–26]. Зазначене відображає принцип солідарності медичного страхування в дії, коли працездатне населення покриває частину потреб непрацездатних і соціально вразливих категорій населення.

Нещодавно реалізовані в Естонії реформи системи охорони здоров'я були доцільними, адже вони давали найкращі результати для чинної системи охорони здоров'я. Однак постійне зростання фінансування системи охорони здоров'я (наповнення фонду) є проблемою, що викликає все більше занепокоєння [562, с. 111]. Крім того, внутрішня трудова міграція населення в державах – учасницях ЄС разом із загальною тенденцією до старіння європейського населення обумовлюють потребу в дотаційному фінансуванні медичної сфери, щоб зберегти належний рівень надання медичних послуг населенню [507].

Щодо впровадження страхової медицини в Україні, то сьогодні за умов економічної нестабільності збільшення податкового навантаження на роботодавців призведе до негативних економічних наслідків. Водночас в Україні існує досвід створення лікарняних кас, але механізм страхування ними відрізняється від того, який застосовується в Німеччині, адже страхування є добровільним, а держава не здійснює за ними нагляд.

Згідно з Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленою Кабінетом Міністрів України 30 листопада 2016 р., в Україні було запроваджено державну (бюджетну) модель фінансування системи охорони здоров'я. Ця модель передбачає фінансування охорони здоров'я всіх категорій населення із загальних податкових надходжень до державного бюджету. Тому необхідно розглянути організацію та фінансування системи охорони здоров'я в державах, у яких першочерговою є участь держави в цьому процесі.

Так, у Великобританії забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню організоване за принципами системи Беверіджа, яка отримала розвиток також у Греції, Данії, Ірландії, Канаді, Норвегії, Швеції та інших країнах. Характерними рисами цієї моделі є: централізований цільовий податок на охорону здоров'я; значна роль держави в розподілі медичних ресурсів; розподіл державою коштів між регіональними та центральними програмами; наявність державних стандартів надання медичної допомоги; часткова оплата хворими медичних послуг, які не входять до гарантій держави;

наявність приватних страхових компаній для страхування окремих випадків медичної допомоги; фінансування витрат на медичну допомогу переважно з видатків державного або місцевого бюджетів [41, с. 113].

Із 1948 року у Великій Британії діє Національна система охорони здоров'я (National Health Service), що охоплює все населення держави, фінансується на 85–87% із коштів платників податків і надає безкоштовно доступні медичні послуги будь-кому, хто легально живе в цій країні. Решта коштів надходить з приватних джерел і джерел добровільного медичного страхування [256, с. 11].

Бюджет сфери охорони здоров'я розподіляється урядом відповідно до рішень парламенту через центральний орган управління – Міністерство охорони здоров'я. Лікарі загальної практики працюють на основі індивідуального контракту з управлінням сімейного здоров'я. Звернення до лікаря загальної практики для пацієнта та звернення до лікаря-спеціаліста є безкоштовним, у приватному секторі пацієнти сплачують кошти за отримані послуги. Пацієнти частково оплачують деякі види медичних послуг, наприклад, виписку рецепту і профілактичний огляд, стоматологічну допомогу, 80% вартості якої оплачує пацієнт [41, с. 113].

Як і в Україні, у Великобританії пацієнт має право вільного вибору лікаря, впроваджено принцип «гроші слідують за пацієнтом», тому оплата праці медичного працівника відбувається відповідно до кількості пролікованих. За необхідності лікар загальної практики направляє пацієнта до вузьких спеціалістів. Звернення до лікаря загальної практики є безкоштовним.

Вторинна медична допомога, в тому числі психіатрична, надається госпіталями. Госпіталі-трасти перебувають у державній власності, є самоврядними організаціями, підпорядкованими Міністерству охорони здоров'я, та фінансуються місцевими управліннями охорони здоров'я [465].

Щодо питань якості надання медичної допомоги та захисту прав пацієнтів, то у Великобританії існує Рух із захисту жертв медичних помилок (Action of Victims of Medical Accidents), учасники якого, наприклад, домоглися

ухвалення Правил судочинства зі справ про медичні помилки, що визначають особливий порядок розгляду цієї категорії справ [216, с. 109].

Ключовим у досвіді зарубіжних держав, зокрема у досвіді Великобританії, є забезпечення прав людини, особливо незахищених верств населення: неповнолітніх, інвалідів, пенсіонерів та ін. Виходячи з цього, доцільно розробити та впровадити державні медичні програми підтримки пенсіонерів для забезпечення підвищення середньої тривалості життя в Україні, а також для підтримання активності населення України в період третього віку.

В Україні, як і у Великобританії, держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Зокрема, в державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного чи наступного їх розрахунку за надання такої допомоги [443]. Крім того, Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» передбачено отримання громадянином необхідних медичних послуг і лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, спрямованих на реалізацію програми медичних гарантій, у надавачів медичних послуг. Однак відповідно до ч. 3 ст. 4 цього закону медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій.

Згідно зі ст. 10 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» для всієї території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій. Оплата згідно з тарифом гарантована всім надавачам медичних послуг відповідно до укладених з ними договорів про медичне обслуговування населення [320]. Однак зазначеним законом встановлено часткову платність медичних послуг. Тому, крім вказаних тарифів, слід встановити граничні максимальні ціни на медичні

послуги, що надаються приватними закладами охорони здоров'я. Такі тарифи, наприклад, регулюються на державному рівні в Японії, тому пацієнти не відчують різниці, звертаючись до державного чи приватного медичного закладу [464].

Крім того, необхідно передбачити додаткові гарантії для малозабезпечених верств населення шляхом розроблення та фінансування соціальних програм доступності медичної допомоги за зразком програм Medicare та Medicaid, які запроваджені в США, з урахуванням економічної ситуації в Україні. Зокрема, для фінансування цих програм необхідно встановити обов'язковий платіж з доходу юридичних осіб, які використовують найману працю в кількості не менше 100 осіб або сукупний річний дохід яких перевищує 5 млн грн (станом на кінець звітного періоду).

Вказані зміни можуть бути одним з етапів поступового впровадження змішаної моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні та подальшого охоплення медичним страхуванням усього працюючого населення.

Вбачається, що в Україні слід передбачити державні програми профілактики захворювань, які будуть включати в себе загальну освіту населення щодо гігієни й охорони здоров'я, консультації з проблем здоров'я, обов'язкові медичні огляди і контроль за деякими видами захворювань, вакцинацію тощо. Це дасть можливість знизити захворюваність населення та зменшити витрати на охорону здоров'я, не знижуючи при цьому якості медичної допомоги. Прикладом позитивного впровадження програм профілактики захворювань є Японія, яка стала країною з одним із найвищих показників тривалості життя (86 років для жінок і 79 років для чоловіків) [464].

Питання, пов'язані з функціонуванням змішаної моделі організації охорони здоров'я, доцільно розглядати через призму досвіду Польщі, зокрема щодо запровадження загальнообов'язкового медичного страхування.

Конституція Польщі декларує право кожного на охорону здоров'я та безоплатну медичну допомогу. Відносини в цій сфері достатньо врегульовані на законодавчому рівні. Так, у 1991 році було ухвалено Закон про заклади

охорони здоров'я, а в 1999 році Польща створила децентралізовану систему охорони здоров'я. Відповідно до Закону про обов'язкове медичне страхування з 1 січня 1999 року громадяни Польщі зобов'язані сплачувати внески на обов'язкове медичне страхування, що акумулюються Пенсійним фондом, який і здійснює їх розподіл між 16 автономними регіональними та 1 відомчим (для військовослужбовців, поліції, службовців воєнізованих формувань) фондами обов'язкового медичного страхування (лікарняними касами) [477, с. 54].

Органом управління в системі охорони здоров'я Польщі є Міністерство охорони здоров'я. Воно визначає напрями роботи департаментів і підрозділів, здійснює нагляд за діяльністю інших державних органів у системі охорони здоров'я, за надавачами медичних послуг, контролює якість медичної допомоги, відшкодовує витрати на ліки та медичне обладнання, розробляє й упроваджує програми в цій сфері [104, с. 54].

Незважаючи на позитивні зміни, що відбулися в польській системі охорони здоров'я з 1999 року, в 2003 році в Польщі було проведено реформу, що передбачала повну державну централізацію фондів обов'язкового страхування населення. Для цього було створено контролюючий орган – Національний фонд охорони здоров'я, що підпорядковується Міністерству охорони здоров'я. До його складу входять 17 підрозділів: 16 відділень Національного фонду охорони здоров'я у воєводствах та одне відділення при Міністерстві оборони Польщі [463].

Органи державної адміністрації на рівні воєводств забезпечують: ведення реєстру закладів охорони здоров'я; утворення публічних закладів охорони; рекомендаційні оцінки рішень органів територіального самоврядування щодо ліквідації або реорганізації громадських закладів охорони здоров'я; призначення представників до громадських рад, що діють при публічних закладах охорони здоров'я; контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я, які функціонують на цій території. Значними повноваженнями наділені територіальні громади воєводств і повітів, вони приймають рішення щодо реорганізації, створення та ліквідації закладів охорони здоров'я, призначення їх

керівництва та громадської ради, здійснюють нагляд за їх діяльністю. Крім того, вони обирають членів наглядової ради регіонального фонду обов'язкового медичного страхування [102, с. 233].

Починаючи з 2002 року, громадяни, які не застраховані власними роботодавцями або які працюють на умовах самозайнятості, можуть придбати поліс добровільного страхування здоров'я в Національному фонді охорони здоров'я. Крім того, громадяни Польщі можуть купувати «пакети здоров'я», що пропонуються деякими приватними клініками та страховими компаніями з метою гарантованого покриття витрат на подальше лікування [110, с. 55].

У Польщі запроваджено державне фінансування галузі охорони здоров'я. За рахунок державного бюджету повністю або частково здійснюється фінансування видатків на надання високоспеціалізованих медичних послуг, контракти на надання яких укладаються безпосередньо Міністерством охорони здоров'я з відповідними медичними закладами, що можуть забезпечити здійснення втручання. Таким чином, реформи не перетворили систему охорони здоров'я на приватну сферу. Водночас у Польщі видатки на всі інші медичні послуги покриваються за рахунок обов'язкового медичного страхування. Крім того, існує також приватне медичне страхування. Можна придбати пакети послуг, які пропонуються деякими приватними клініками та страховими компаніями і містять розширений перелік медичних втручань для гарантованого покриття витрат [102, с. 233].

Слід відзначити, що, як і у Польщі, в Україні Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» передбачено отримання громадянином необхідних медичних послуг та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, у надавачів медичних послуг. Однак відповідно до ч. 3 ст. 4 вказаного закону медичні послуги та лікарські засоби, не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій [110].

Розглядаючи децентралізацію управління охороною здоров'я в Україні, варто звернути увагу на доцільність перенесення важелів управлінського впливу із загальнодержавного рівня на рівень регіональної ланки (обласної та районної). Однак, як свідчить досвід Польщі, ця децентралізація не має стосуватися питань фінансування, оскільки за такого підходу реалізація права на отримання якісної медичної допомоги залежатиме від фінансового стану того чи іншого регіону. Фінансові видатки мають значною мірою формуватися на рівні державного бюджету [167, с. 109].

На підставі проведеного аналізу зарубіжного досвіду адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я слід зробити висновки.

1. Досвід США та держав ЄС демонструє позитивні і негативні сторони обох організаційних конструкцій побудови систем охорони здоров'я. Вбачається, що основним у впровадженні реформи в Україні має бути акцент на послідовності змін і гнучкості в пошуку оптимальних напрямів розвитку національної системи. Україні доцільно звернути увагу на можливість створення повноцінного державного фонду загальнообов'язкового медичного страхування замість служби-посередника, якою є НСЗУ.

2. Встановлено, що в Україні поступово запроваджується змішана модель організації системи охорони здоров'я, яка дозволить державі з формального гарантування кожному громадянину права на безкоштовну медичну допомогу впровадити додаткові механізми фінансування медичної допомоги тим, хто її потребує в повному обсязі, не збільшуючи при цьому витрат з державного бюджету [567, с. 715]. У цьому контексті корисним є досвід Німеччини, який свідчить про доцільність створення неурядових страхових фондів (на зразок німецьких лікарняних кас), які будуть покупцями медичних послуг у державних або приватних закладів охорони здоров'я, що підвищить рівень конкуренції між ними, сприятиме більш оперативному наданню медичної допомоги, збільшенню кількості приватних медичних закладів.

3. Упровадження податкових відрахувань до фонду медичного страхування в Польщі мало позитивний ефект і забезпечило реальну доступність значного обсягу медичного забезпечення для всього населення [148, с. 49]. Враховуючи це, позитивним досвідом для України є подальші реформи фінансування медичних послуг шляхом запровадження загальнообов'язкового медичного страхування, що дозволить зменшити фінансове навантаження на бюджет, сприятиме доступності медичних послуг та лікарських засобів, не включених до програми медичних гарантій в Україні.

4.2. Модернізація державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції

З 1 січня 2018 року в Україні стартувала медична реформа. Було розроблено нові законопроекти та внесено зміни до чинного законодавства. Зокрема, реформа у сфері охорони здоров'я спрямована на вдосконалення державного управління, правового забезпечення управлінських відносин у цій сфері, що є одним із напрямів діяльності органів державної влади.

Питання вдосконалення інституту публічного управління в системі охорони здоров'я та модернізації інструментів управління, що застосовуються його суб'єктами, досліджувалися в наукових працях З. С. Гладуна, В. Є. Ковригіної, Б. О. Логвиненка, О. А. Мельниченко, І. М. Пращича, В. І. Теремецького, В. В. Шевчук та інших учених. Утім триваюча реформа системи охорони здоров'я в Україні потребує модернізації управління для підвищення рівня забезпечення медичних прав громадян України. Проблеми правового регулювання медичної діяльності зумовлюють пошук шляхів удосконалення системи забезпечення і захисту прав пацієнтів та не можуть бути вирішені без аналізу діяльності суб'єктів управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я в Україні.

Дослідження вказаного питання слід розпочати з визначення суб'єктів управлінської діяльності в системі охорони здоров'я.

Автори монографії «Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку» (2013 р.) зауважують, що органи державного управління охороною здоров'я – це частина державного апарату, яка наділена державно-владними повноваженнями для виконання завдань і функцій держави щодо збереження, зміцнення та відновлення громадського здоров'я. Основна мета органів державного управління охороною здоров'я – забезпечення гарантованого державою права громадян на охорону здоров'я, зокрема створення прийнятних умов життєдіяльності, які дозволяють попереджувати захворювання і надавати всьому населенню доступні й достатні за обсягом та якістю медичні послуги [90, с. 31–32].

У науковій літературі з цієї тематики більшість учених наголошують, що суб'єктами управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я є органи виконавчої влади. Вони пояснюють це тим, що державне управління передбачає прямий управлінський вплив на об'єкти управління з використанням адміністративно-правових засобів врегулювання суспільних відносин.

Під адміністративно-правовими засобами врегулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я в Україні слід розуміти сукупність правових інструментів, які на підставі, в порядку та в межах норм адміністративного права використовуються суб'єктами владних повноважень з метою створення та підтримки ефективних механізмів для всебічної реалізації кожним прав у сфері охорони здоров'я, захисту цих прав від протиправних посягань та їх відновлення у разі порушення. До видів адміністративно-правових засобів можна віднести галузеву нормотворчість, контроль і нагляд, звернення громадян, переконання, заохочення і примус [154, с. 47].

Разом із цим, державне регулювання суспільних відносин здійснюється, переважно, через ухвалення актів законодавства [70, с. 73]. Це твердження знайшло відображення в чинному національному законодавстві про охорону

здоров'я. Наприклад, ст. 4 Закону України «Про лікарські засоби» має назву «Державне управління у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів» та складається з трьох частин. У ч. 1 ст. 4 вказано, що Верховна Рада України визначає державну політику та здійснює законодавче регулювання відносин у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів [395]. У частинах 2 та 3 ст. 4 зазначено, що Кабінет Міністрів України та інші центральні органи виконавчої влади здійснюють державне управління з відповідних питань.

У межах управлінської діяльності Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України та інші органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, крім інструментів прямого управлінського впливу на об'єкти, здійснюють державно-правове регулювання шляхом ухвалення нормативно-правових актів. Зауважимо, що такі органи державної влади, як Президент України та Верховна Рада України, також здійснюють державне регулювання, що передбачає встановлення певних правил поведінки.

Норми права є основою для впорядкування суспільних відносин, зокрема у сфері охорони здоров'я. Основна проблема застосування цього інструмента полягає в тому, що більшість нормативно-правових актів направлені на зміну системи фінансування охорони здоров'я в Україні. Безумовно, зміни необхідні, однак основна увага має бути зосереджена на правах і законних інтересах кожного у сфері охорони здоров'я та належному їх забезпеченні державою. В Україні ж основою медичної реформи стали зміни джерел і способів фінансування галузі, а на рівні підзаконних нормативно-правових актів досить фрагментарно відображено «людиноцентристське» спрямування таких змін. Для прикладу можна навести інформацію з офіційного інтернет-сайту Міністерства охорони здоров'я України, де серед 57 розміщених нормативно-правових актів, що стосуються реалізації медичної реформи, лише 5 згадують у назві населення, медичну допомогу чи медичне обслуговування [286]. Тому вбачається, що для визначення напрямів медичної реформи слід було спочатку ухвалити закон, в якому визначалися б засади державної політики охорони

здоров'я, модель охорони здоров'я, що функціонуватиме в Україні, зокрема правовий статус приватних і державних медичних закладів, перелік прав пацієнтів та способи їх захисту, відповідальність суб'єктів у сфері охорони здоров'я, умови державного фінансування галузі тощо.

Таким чином, діяльність органів державного управління охороною здоров'я має виконавчий і розпорядчий характер. Виконавчий характер діяльності полягає в забезпеченні реалізації законодавчих актів, оперативному та динамічному управлінні сферою охорони громадського здоров'я. Розпорядчий характер полягає у виданні органами державного управління охороною здоров'я від свого імені підзаконних, управлінських актів, відповідних розпоряджень, які забезпечують виконання актів законодавчої влади, що регулюють відносини у сфері охорони громадського здоров'я [90, с. 31].

Щодо контролю як адміністративно-правового засобу, то відповідно до ст. 22 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, вимог Державної Фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій [270].

Основні функції контролю сьогодні покладено на МОЗ України. Слід зауважити, що заходи державного нагляду (контролю) здійснюються відповідно до вимог Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» виключно комісіями МОЗ України, за переліком питань для здійснення планового (позапланового) заходу державного нагляду (контролю), затвердженого МОЗ України. Результатом перевірки є акт, складений 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, форма якого затверджена МОЗ України [403].

Проаналізувавши положення Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» від 25 березня 2015 р. № 267, відзначимо, що контрольні повноваження МОЗ України здійснює в таких сферах: 1) охорони здоров'я; 2) протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням; 3) організації своєї діяльності. Зокрема, до таких повноважень належать: контроль за дотриманням вимог і критеріїв до закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць, а також до закладів охорони здоров'я, які можуть бути залучені до надання екстреної медичної допомоги в разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків (абз. 8 підп. 8 п. 4); контроль за дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, зокрема клінічних протоколів і стандартів; контроль за діяльністю психіатричних установ незалежно від форми власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги; контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, зокрема про медико-соціальну експертизу, вимог, необхідних для провадження діяльності, пов'язаної із трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині, та дотриманням галузевих стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій (абз. 14 підп. 8 п. 4); контроль за якістю крові, її компонентів і препаратів та відповідних консервуючих розчинів (абз. 5 підп. 9 п. 4); контроль за діяльністю підприємств, установ та організацій, що належать до сфери його управління (підп. 4 п. 5); контроль за використанням фінансових і матеріальних ресурсів, організація та вдосконалення порядку ведення бухгалтерського обліку в апараті МОЗ, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери його управління (підп. 5 п. 5) [346].

Варто звернути увагу, що, оскільки МОЗ України не є медичним закладом, то контроль за якістю крові, її компонентів і препаратів та відповідних консервуючих розчинів є вторинним і зводиться до моніторингу

стану захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію/СНІД та інші соціально-небезпечні захворювання з метою протидії їх розповсюдженню. Вбачається, що слово «контроль» в абз. 5 підп. 9 п. 4 вказаного вище Положення слід замінити словом «моніторинг».

У більшості наукових праць система публічного управління сферою охорони здоров'я та необхідність її реформування розкривається через призму джерел фінансування медичної галузі.

Так, автори підручника з медичного права України вважають недосяжною мрією безоплатність будь-яких видів та обсягів медичної допомоги для всіх громадян. Фахівці наводять приклад високорозвинених чи природно багатих країн (США, Німеччини, Японії, Саудівської Аравії, ОАЕ), що не можуть дозволити собі таку розкіш, як повна безкоштовна медицина. У радянські часи за певні види медичних послуг (наприклад, стоматологію, косметологію, санаторно-курортне лікування) громадяни сплачували особисто. Тому сучасний стан розвитку охорони здоров'я в Україні свідчить про необхідність чіткого визначення переліку тих обсягів медичної допомоги, які мають надаватися пацієнтам безкоштовно. Основний критерій, який може вважатись ключовим з точки зору державного регулювання, – це безоплатність такого мінімуму медичних послуг для пацієнта. Слід погодитися з позицією науковців щодо доцільності закріплення вказаного переліку видів медичної допомоги на рівні Кабінету Міністрів України [488, с. 245–246].

Сьогодні основним завданням держави є забезпечити якісну медичну допомогу на всіх рівнях і гідну зарплату медикам. Саме тому МОЗ України впроваджує системні зміни в охороні здоров'я. Йдеться, передусім, про реформу фінансування в системі охорони здоров'я.

Внаслідок реорганізації Міністерство охорони здоров'я України було позбавлене підпорядкованих і координованих через міністра охорони здоров'я інших центральних органів виконавчої влади. Сьогодні ситуація поступово змінюється на краще, адже поряд із Держлікслужбою для реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування

населення у грудні 2017 року було створено НСЗУ, що є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через міністра охорони здоров'я [154, с. 49; 424]. Таким чином, МОЗ України не здійснює контроль за розподілом бюджетних коштів НСЗУ, а лише спрямовує та координує його діяльність.

Незважаючи на відсутність контролю за НСЗУ з боку МОЗ України, останнє є головним розпорядником бюджетних коштів, а НСЗУ є розпорядником бюджетних коштів нижчого рівня та відповідальним виконавцем бюджетної програми відповідно до підп. 4, 5 Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 283 [358].

В Україні згідно з Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленою Кабінетом Міністрів України 30 листопада 2016 р., запроваджено бюджетну модель фінансування сфери охорони здоров'я. Ця модель передбачає фінансування охорони здоров'я всіх категорій населення із загальних податкових надходжень до державного бюджету. При цьому основна частина медичних закладів є державними [181, с. 227 с.].

У 2019 році на потреби закладів охорони здоров'я первинного рівня в бюджеті було передбачено понад 15 млрд. грн. Ці гроші розподіляє НСЗУ відповідно до укладених угод. Без угоди з НСЗУ гроші не надаються, адже медична субвенція для закладів первинного рівня в поточному році не передбачена [200].

Відповідно до п. 2 Прикінцевих положень Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6 квітня 2017 р. № 2002-VIII державні та комунальні заклади охорони здоров'я – бюджетні установи можуть реорганізовуватися в казенні підприємства або комунальні некомерційні

підприємства. Тобто державним і комунальним закладам охорони здоров'я надається право стати автономними [314]. Однак відповідно до п. 2 Прикінцевих та перехідних положень Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» тимчасово, протягом 2018–2019 років, за рішенням Кабінету Міністрів України допускається фінансування надання первинної медичної допомоги комунальними закладами охорони здоров'я, що не уклали договори про медичне обслуговування населення з уповноваженим органом, шляхом надання субвенцій з державного бюджету відповідним місцевим бюджетам [320]. Тобто держава, передбачивши право державних і комунальних закладів охорони здоров'я на реорганізацію й отримання більшої автономії, створила такі умови, які спонукають їх до реалізації свого права [171, с. 70].

Отже, в медичних закладів державної або комунальної власності, на відміну від приватних, фактично немає свободи вибору щодо підписання або не підписання угоди з НСЗУ. Остання отримує фінансовий важіль щодо надання або ненадання коштів медичному закладу. Це певним чином ставить медичні заклади в залежність від політики НСЗУ та позбавляє фактичної автономії в управлінських справах. З іншого боку, діяльність НСЗУ як розпорядника коштів, які може отримати медичний заклад, має бути підконтрольна та підзвітна для мінімізації корупційних ризиків.

Оскільки до функцій НСЗУ входять укладання, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію, то, реалізуючи функцію нагляду, вказана служба отримує повноваження на продовження або скасування контракту із закладом охорони здоров'я. Формально підставою для скасування контракту є виявлені під час наглядової діяльності недоліки, а насправді це породжує ситуації з високим корупційним ризиком. Тому деякі депутати та громадські активісти вважають, що у НСЗУ створено величезний простір для корупції. Слід підтримати наведену точку зору, адже зосередження управлінських важелів впливу в межах

владних повноважень одного суб'єкта неодмінно буде фактором, генеруючим корупцію [154, с. 48].

Розглядаючи питання протидії корупції у сфері охорони здоров'я, відзначимо, що рівень корумпованості багато в чому залежить від рівня матеріального забезпечення медичних працівників. Належне грошове забезпечення в сукупності з підвищеною юридичною відповідальністю створюють умови для запобігання вчиненню корупційних правопорушень. Утім вимагати прозорості та чесності в роботі там, де фінансування не відповідає вимогам до складності отриманого фаху, є некоректним. Медична реформа спрямована на виправлення ситуації в цьому напрямі, зокрема за рахунок поліпшення умов роботи медичних працівників.

За інформацією МОЗ України, основне завдання держави сьогодні – забезпечити якісну медичну допомогу на всіх рівнях і гідну оплату праці медикам. Саме тому МОЗ України впроваджує системні зміни в охороні здоров'я. Йдеться, передусім, про можливість медичних закладів вільно розпоряджатися коштами, отриманими від НСЗУ. Це означає, що тарифні сітки заробітної плати для медиків будуть скасовуватися: заклади отримають можливість самостійно визначати розмір виплат і гідно мотивувати лікарів [537].

Крім того, суттєвою новацією, яка має поліпшити ефективність правовідносин між лікарем і пацієнтом, є запровадження направлення на безоплатну діагностику. Медичні заклади, які беруть участь у відповідній програмі, мають отримувати адекватну компенсацію від НСЗУ за проведення діагностики направленого до них хворого. Чим більше послуг буде надано пацієнтам, тим більшою повинна бути сума компенсації. Насправді це може призвести до того, що лікарі будуть направляти пацієнтів не туди, де обладнання є сучаснішим або якіснішим, а туди, де у них є знайомі або куди вказує головний лікар. Що стосується безоплатності, то, якщо особа бажає додатково дослідити або перевірити дані вже проведеного дослідження, вона має сплатити за цю послугу кошти. Наведемо приклад із направленням на аналіз

крові, який можна зробити безоплатно за направленням лікаря у державному (комунальному) закладі охорони здоров'я або сплатити за послугу в сучасній лабораторії, де пацієнт буде впевнений у якості та швидкості результату [537].

Як зауважує В. Б. Гройсман, неефективний контроль за реформуванням медичної допомоги на першому рівні призвів до низки проблем, серед яких штучне збільшення кількості прикріплених пацієнтів для покращення грошового забезпечення лікарями, фактична відсутність можливості обслуговування закріпленої кількості пацієнтів (наприклад, у гострий епідемічний період), дисбаланс в оплаті праці середнього медичного персоналу та лікарів, а також лікарів загальної практики на первинному рівні та вузькоспеціалізованих фахівців другого і третього рівнів [236].

Разом із цим, згідно з результатами опитування соціологічної групи «Рейтинг» 76% пацієнтів, які обрали сімейних лікарів у 2018 році, задоволені ними, 18% вагаються з оцінками і лише 6% висловили невдоволення [237]. При цьому серед змін, які пацієнти отримали після реформи, вони вказали на більш відповідальне ставлення лікаря до пацієнтів, кращі умови прийому (ремонт, сучасне обладнання), безкоштовні лабораторні тести тощо [237].

Процедура закупівлі лікарських засобів так само супроводжується значними корупційними скандалами та лобіюється представниками фармацевтичних компаній. Як зазначає О. Школярська, міжнародні закупівлі (ті самі, які повинні перемогти фармацевтичну мафію) заощадили 40% державних коштів. Насправді для пацієнтів, які приймають лікарські препарати, важливою є не стільки кількість, скільки якість, а також безперебійне постачання. Внаслідок непрофесіоналізму МОЗ України брак одних лікарських засобів «компенсувався» надлишком інших зі строком придатності, що спливає [542]. Наводимо ситуацію, коли за програмою реімбурсації було закуплено один препарат, на який у низки пацієнтів алергічна реакція або інша побічна дія. Саме ця позиція внесена у перелік, її можна отримати зі знижкою або безкоштовно, тоді як більш ефективний препарат хворому доведеться придбати за повну ціну. Формування відповідного списку лікарських засобів має бути

максимально прозорим для унеможливлення корупційного впливу великих фармакологічних корпорацій [426].

Слід відзначити, що у структурі НСЗУ сьогодні функціонує відділ з питань запобігання та виявлення корупції, яким затверджено Антикорупційну програму НСЗУ на 2019–2020 роки. Однак залишаються актуальними низка проблем, зокрема недоброчесна поведінка працівників НСЗУ під час опрацювання заяв надавачів медичних послуг щодо укладання договорів про медичне обслуговування населення та реімбурсацію із НСЗУ, що може призвести до безпідставних перерахувань бюджетних коштів у рамках Програми медичних гарантій, неякісне проведення перевірки або приховування факту надання заявником для укладання угоди з НСЗУ недостовірних даних про наявність ліцензій, наявність необхідної для надання послуг матеріально-технічної бази, відсутність обмежень щодо укладання угод тощо, наявність дискреційних повноважень у НСЗУ щодо перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, встановлених відповідними порядками використання коштів за програмою медичних гарантій [23]. Вбачається, що способами вирішення цих проблем є проведення семінарів, навчання, тренінгів для працівників НСЗУ, попередження працівників про персональну відповідальність, упровадження в електронній системі охорони здоров'я підсистеми контролю (наприклад, автоматичне повідомлення про закінчення або скасування ліцензії в надавача медичних послуг), запровадження системи контролю за процесом укладання договорів з НСЗУ, розробка та ухвалення підзаконних нормативно-правових актів, що визначають заходи щодо перевірки цільового й ефективного використання надавачами медичних послуг коштів за програмою медичних гарантій та встановлюють порядок їх здійснення.

Зауважимо, що на відміну від держав – учасниць ЄС, які успішно реалізували перехід від бюджетної системи охорони здоров'я до системи державного медичного страхування (Латвія, Литва, Естонія тощо), в Україні досі відсутнє концептуальне бачення системи, що має бути створена замість існуючої. Впровадження окремих елементів страхової медицини в сукупності зі

змішаним фінансуванням закладів охорони здоров'я негативно впливає на загальну ефективність адміністрування у сфері охорони здоров'я суб'єктами владних повноважень. До того ж, замість державного медичного фонду, який міг би стати інституцією на кшталт Пенсійного фонду України, в Україні утворено НСЗУ, що фактично виконує функції посередника між державою та закладами охорони здоров'я.

Сфера охорони здоров'я в Україні перетворилася на поле протистояння прибічників старої системи організації охорони здоров'я та лобістів впровадження нової моделі, що базується на медичному страхуванні. Підвищений інтерес суспільства до медичної сфери, яка традиційно мала дотаційний і бюджетний характер фінансування, спричинений серед іншого такими обставинами: а) повною трансформацією галузі, що передбачає створення якісно нової управлінської конструкції (моделі); б) зміною системи фінансування галузі та механізму закупівлі лікарських засобів; в) переглядом мережі закладів охорони здоров'я на всіх рівнях; г) зміною та впорядкуванням правовідносин «лікар – пацієнт»; г) оновленням клінічних протоколів у медичній практиці; д) впровадженням електронного документообігу та телекомунікаційних засобів зв'язку тощо.

Дослідженням, проведеним у 2017 році, визначено, що 82% опитаних українців підтримали позицію, що вітчизняна медицина не функціонує та потребує реформування [131]. Такі показники ґрунтувалися на тому, що не все населення повною мірою було проінформовано про суть проведення реформ, а через технічні проблеми з електронними реєстрами процес ускладнився. Крім того, в новому законодавстві існують прогалини та колізії, які не дозволяють максимально ефективно врегулювати відносини, що виникають у сфері охорони здоров'я [507, с. 156].

Зауважимо, що інтенсифікація процесу реформування медичної сфери наразі несе в собі потенційну загрозу впровадження недостатньо ефективних технологій і методик у публічне управління досліджуваною сферою та може

мати наслідком погіршення рівня забезпечення прав людини і громадянина у сфері охорони здоров'я [488, с. 245–246].

Впровадження телекомунікаційних технологій потребує значних фінансових витрат і побудови захищеної мережі між медичними закладами для забезпечення безпеки персональних даних пацієнтів. Зокрема, звернемо увагу на захист персональних даних в електронній системі охорони здоров'я в Україні, яка передбачає електронний документообіг у сфері охорони здоров'я за багатьма векторами та значно спрощує загальне управління цією сферою [175, с. 57]. Так, відповідно до ч. 2 ст. 11 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» доступ до даних про пацієнта, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, можливий лише за наявності згоди такого пацієнта (його законного представника) в письмовій формі або у формі, що дає змогу зробити висновок про надання згоди. Без згоди доступ до інформації про пацієнта можливий у випадку наявності ознак прямої загрози життю пацієнта, за умови неможливості отримання згоди такого пацієнта чи його законних представників (до часу, коли отримання згоди стане можливим) або за рішенням суду [320].

З огляду на те, що для отримання доступу до інформації про пацієнта без його згоди достатньо наявності лише одного з перелічених випадків, пряма загроза життю пацієнта не пов'язана з неможливістю отримання такої згоди. Тобто навіть коли пацієнт перебуває у свідомості, але для його життя є пряма загроза, його згода на доступ до персональних даних не обов'язкова. Тому існує необхідність забезпечення права пацієнта на інформовану добровільну згоду останнього на медичне втручання – згоду пацієнта або (у чітко визначених випадках) його законного представника на медичне втручання, способи такого втручання, пов'язаний з ним ризик і можливі альтернативні методи лікування [277, с. 14].

Таким чином, функціонування електронної системи охорони здоров'я в Україні потребує подальшого вдосконалення з метою забезпечення прав пацієнтів.

Рада Європи, членом якої з 1995 року є Україна, видала в 2006 році Рекомендації Комітету міністрів державам-членам про управління безпекою пацієнтів та запобігання несприятливим подіям у сфері охорони здоров'я, в яких наголошено на важливості: 1) формування політики у сфері охорони здоров'я, спрямованої на покращення якості медичного обслуговування; 2) розробки чітко визначених меж забезпечення безпеки пацієнтів, які б сприяли культурі безпеки на всіх рівнях медичного обслуговування [282]. Крім того, Європейська хартія прав пацієнтів (2002 р.) зумовила розвиток інституту омбудсмена з прав пацієнтів у країнах Європи. З моменту ратифікації Україною у 2006 році Європейської соціальної хартії держава взяла на себе обов'язок забезпечувати ефективне здійснення права на охорону здоров'я та права на соціальну і медичну допомогу [282].

Уповноваженого з прав пацієнтів розглядають як різновид інституту спеціалізованого омбудсмена, під яким розуміють незалежну авторитетну особу, основна мета якої полягає в тому, щоб діяти як посередник між певною групою населення та державними органами чи органами місцевого самоврядування, а також проводити моніторинг законодавства та діяльності органів управління на основі повноважень, що дають змогу звертатися із запитами і мати доступ до необхідної інформації, подавати рекомендації щодо протидії фактам поганого управління та усунення порушень прав людини у сфері охорони здоров'я [282].

Зауважимо, що інститут омбудсмена з прав пацієнтів існує в багатьох країнах світу. Так, у Великобританії діє Парламентський уповноважений у справах охорони здоров'я (Health Service Ombudsman), який є представником Парламентського уповноваженого з прав людини та розглядає скарги пацієнтів. Він підзвітний Парламенту та не залежить від національної системи охорони здоров'я.

У Норвегії представниками Парламентського омбудсмена з прав людини є 19 омбудсменів з прав пацієнта, які діють на регіональному рівні на підставі Закону Норвегії «Про права пацієнтів» (1999 р.). Повноваження омбудсмена з

прав людини та омбудсмена з прав пацієнта не дублюються та не суперечать один одному. Перший діє на підставі окремого законодавчого акта парламенту та здійснює загальний нагляд на всій території держави, а захисник прав пацієнта діє на підставі спеціального закону про права пацієнтів та наглядає виключно за медичним обслуговуванням в одному з 19 регіонів [267].

Однак у деяких державах питаннями захисту прав та інтересів пацієнтів займаються колегіальні органи. Так, в Австрії діє інститут представників пацієнтів. Це незалежні органи, основне завдання яких забезпечити дотримання прав та інтересів пацієнтів, а в деяких провінціях також осіб, які потребують допомоги. Зазвичай, уповноважені з прав пацієнта є в закладах охорони здоров'я, але їх компетенція не поширюється на скарги стосовно неналежного медичного обслуговування у приватному секторі. На відміну від Австрії, в Ізраїлі та Фінляндії керівник кожного закладу охорони здоров'я повинен призначити особу, відповідальну за дотримання прав пацієнта. В Ізраїлі якщо скарга не задоволена на рівні закладу охорони здоров'я, вона передається до уповноваженої особи у відділ забезпечення якості Міністерства охорони здоров'я, а у Фінляндії такі скарги розглядає орган, уповноважений здійснювати нагляд за медичною практикою, – Національний контрольний орган за добробутом та здоров'ям (Valvira). У Португалії кожний заклад охорони здоров'я має «клієнтський офіс», де пацієнти можуть подати скаргу щодо будь-якого аспекту національної системи охорони здоров'я. Іншою є практика Хорватії, де відповідно до спеціального Закону «Про захист прав пацієнтів» у кожному з регіонів створено колегіальні органи – Комісії із захисту прав пацієнтів, а на загальнодержавному рівні – Національну комісію з захисту прав пацієнта [267].

В Україні омбудсмена з прав пацієнтів не існує, але з 1996 року функціонує інститут омбудсмена з прав людини. Основні положення щодо його правового статусу закріплені в Конституції України та Законі України «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини» [422].

В. О. Галай відносить звернення до Уповноваженого Верховної Ради

України з прав людини до адміністративного способу захисту прав пацієнтів, оскільки розгляд звернень відбувається тільки в досудовому порядку. Якщо пацієнт подасть до суду скаргу, заяву чи позов, Уповноважений Верховної Ради України з прав людини зупиняє розпочатий розгляд його звернення. Якщо під час розгляду звернення Уповноважений знаходить дійсні порушення прав пацієнта, він має повноваження щодо внесення подання до державних і недержавних організацій, підприємств, посадових осіб із вказівкою усунути порушення прав протягом одного місяця [59, с. 17].

Уповноважений Верховної Ради України також виконує представницькі функції. Відповідно до п. 10 ст. 13 Закону України «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини» від 23 грудня 1997 р. № 776/97-ВР «з метою захисту прав і свобод людини і громадянина особисто або через свого представника в установленому законом порядку» Уповноважений має право «звертатися до суду про захист прав і свобод осіб, які через фізичний стан, недосягнення повноліття, похилий вік, недієздатність або обмежену дієздатність неспроможні самостійно захистити свої права і свободи; брати участь у судовому розгляді справ, провадження в яких відкрито за його позовами (заявами, клопотаннями (поданнями)». Крім того, Уповноважений може «бути присутнім на засіданнях судів усіх інстанцій, у тому числі на закритих судових засіданнях, за умови згоди суб'єкта права, в інтересах якого судовий розгляд оголошено закритим» (п. 9 ст. 13) [422].

Однак відзначимо, що в Україні питання контролю за якістю надання медичної допомоги фактично обмежується внутрішнім контролем або має відомчий характер. Як наслідок, за інформацією з Єдиного державного реєстру судових рішень, судами фактично не ухвалюються рішення на користь пацієнтів щодо повного задоволення позову. Крім того, за оцінками незалежних експертів, Кабінет Міністрів України не виконує чимало міжнародних угод, що містять стандарти прав людини, зокрема щодо надання паліативної допомоги. Через це заходи гарантування реалізації прав пацієнтів на охорону здоров'я не забезпечують: 1) доступності та достатнього рівня медичної допомоги;

2) безпечності та належної якості медичної допомоги; 3) отримання медичної інформації в повному обсязі; 4) конфіденційності; 5) дотримання норм медичної етики; 6) дотримання стандартів у сфері охорони здоров'я; 7) індивідуального підходу до лікування; 8) ефективного механізму захисту прав пацієнта; 9) відшкодування збитків, заподіяних під час надання медичної допомоги [282].

В. Пашков зазначає, що для забезпечення системи захисту прав пацієнтів необхідно створити незалежний спеціальний орган одним із таких шляхів: 1) запровадити інститут Омбудсмена з прав пацієнтів, тобто особи, яка призначається та звільняється Верховною Радою України; 2) створити центральний орган виконавчої влади зі спеціальним статусом, підконтрольний Президенту України та підзвітний Верховній Раді України; 3) створити центральний орган виконавчої влади для виконання окремих функцій з реалізації державної політики, діяльність якого буде спрямовуватися та координуватися Кабінетом Міністрів України через відповідного міністра згідно із законодавством [282].

Реалії сьогодення свідчать, що «проблема реалізації прав та свобод людини і громадянина є без перебільшення найактуальнішою із соціальних проблем в Україні. Саме тому важливим є створення дієвого та ефективного механізму парламентського контролю за додержанням прав та свобод людини і громадянина в Україні. Очевидно, що одна посадова особа – Уповноважений Верховної Ради України з прав людини, на яку сьогодні покладена ця функція, – не може ефективно виконувати належні їй повноваження» [301]. Тому вбачається доцільною пропозиція щодо розширення інституту омбудсмена в Україні. Йдеться про Проект Закону про внесення змін до статей 85 та 101 Конституції України (щодо уповноважених Верховної Ради України) № 1016 від 29.08.2019, де зазначено, що «для здійснення парламентського контролю за додержанням Конституції України і законів в окремих сферах Верховна Рада України може призначати уповноважених Верховної Ради України, правовий статус яких визначається окремими законами» [433]. Вважаємо, що такою

повинна бути саме сфера охорони здоров'я, опікуватись якою має спеціально призначений уповноважений Верховної Ради України.

Омбудсмен з прав пацієнта – це спеціалізований омбудсмен, діяльність якого спрямована на забезпечення захисту прав пацієнтів. Особливостями інституту омбудсмена з прав пацієнтів є:

1) незалежність його діяльності;

2) спрямованість діяльності на:

– захист прав осіб, які звертаються до закладу охорони здоров'я для отримання медичних послуг та/або отримують (отримували) такі послуги, закріплені на національному рівні спеціальним нормативно-правовим актом;

– реалізацію засад і принципів, визначених у міжнародних правових документах;

3) персональна відповідальність за діяльність щодо захисту пацієнтів.

Основними завданнями омбудсмена є виявлення фактів порушення прав пацієнтів, надання їм належної правової оцінки, усунення цих порушень через існуючі правові механізми та притягнення винних до відповідальності. Основними його функціями слід визначити превентивну, контрольну та захисну.

Зважаючи на зазначене, вбачається, що метою вдосконалення державних механізмів забезпечення та захисту прав пацієнтів є закріплення прав пацієнтів спеціальним Законом України «Про гарантії прав пацієнта» та запровадження інституту Уповноваженого з питань прав пацієнта, який призначається та звільняється Верховною Радою України. Разом із тим, на локальному рівні слід зобов'язати медичні заклади призначати осіб, відповідальних за дотримання прав пацієнта.

Розглядаючи перспективи реформування системи охорони здоров'я, слід зазначити, що попереду реформування швидкої допомоги, робота спеціалізованої та високоспеціалізованої медицини і вдосконалення державного регулювання закупівлі лікарських засобів [175, с. 56–57]. В аспекті досліджуваної проблематики критерієм успішної реалізації медичної реформи

має стати створення умов для належного забезпечення права кожного на охорону здоров'я та медичне страхування в Україні.

На підставі проведеного аналізу основних аспектів державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні слід зробити висновки.

1. Законодавцем зроблено вагомі кроки щодо модернізації державного управління у сфері охорони здоров'я, однак національний вектор реформування не враховує передових європейських практик у медичній галузі [563]. Зокрема, йдеться про впровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування.

2. Встановлено, що управлінська за своєю природою реформа не приділяє належної уваги забезпеченню медичних прав громадян, запровадженню інституту омбудсмена з прав пацієнтів.

3. Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я вбачається можливим завдяки залученню групи міжнародних експертів із представників держав – учасниць ЄС для визначення оптимального механізму переходу до системи загальнообов'язкового державного медичного страхування. Слід переглянути повноваження та статус НСЗУ, а головним критерієм оцінки ефективності реформи має стати не час повноцінного переходу до системи медичного страхування, а рівень забезпечення медичних прав громадян України.

4.3. Удосконалення адміністративного законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні

10 грудня 1948 року Генеральною Асамблеєю Організацією Об'єднаних Націй (далі – ООН) було прийнято Загальну декларацію прав людини, як міжнародний документ, в якому закріплено широке коло основних прав і свобод людини, зокрема право на охорону здоров'я. Вона стала базою для створення переліку невід'ємних прав людини, багато її положень закріплено в

міжнародних договорах та національному законодавстві держав, а її норми вважаються загальними й незаперечними.

Загальна декларація прав людини є обов'язковою для виконання Україною як державою-членом ООН. Окремі її положення закріплено в нормативно-правових актах України. Так, ст. 25 (щодо права на медичний огляд і соціальне обслуговування) і ст. 2 (щодо заборони обмеження надання медичної допомоги) Загальної декларації прав людини імплементовані в Конституцію України (ст. 3, 24, 27, 49) та Закон № 2801-ХІІ.

У ст. 49 Конституції України зазначено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Крім того, охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування [196].

Зважаючи на це положення право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування в національному законодавстві розмежовуються. Зауважимо, що в науці питання співвідношення цих понять є дискусійним. Не існує єдності у визначенні їх змісту та елементів й у міжнародних стандартах. Так, у ст. 25 Загальної декларації прав людини зазначено, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини [120].

Аналізуючи положення вказаної статті, В. С. Віткова зазначає, що право кожної людини на охорону здоров'я включає право на достатній життєвий рівень та соціальне забезпечення, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї [54, с. 114].

Однак вбачається, що цим положенням закріплено право на медичну допомогу шляхом гарантування медичного догляду та соціального обслуговування, яке є необхідним для підтримання здоров'я, та право на медичне страхування, гарантією якого є забезпечення в разі хвороби. Вказані права закріплені в цьому документі як структурні елементи права на достатній життєвий рівень. Зі свого боку Загальна декларація прав людини хоч і не містить спеціальної норми, що розкриває зміст права на охорону здоров'я, однак відображає його в інших статтях. Так, ст. 3 Загальної декларації прав людини проголошує, що кожна людина має право на життя, на свободу і на особисту недоторканність, а отже й право на охорону здоров'я для збереження життя людини та заборону проведення примусових медичних дослідів над нею. Крім того, ст. 5 Загальної декларації прав людини забороняє застосування тортур або жорстокого, нелюдського чи такого, що принижує людську гідність поведження і покарання [120].

Для контролю за дотриманням права людини на охорону здоров'я існують механізми, передбачені ООН. Один із них – запровадження посади Спеціального доповідача з питання про право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Це незалежний експерт, що не є співробітником ООН, і не представляє жодну з країн, висловлюючи лише свою самостійну думку. Спеціальний доповідач досліджує ситуацію, яка склалась щодо забезпечення права на охорону здоров'я у певній країні або галузі [102, с. 157].

Наступним кроком до впровадження міжнародних стандартів прав людини (включно з правом на охорону здоров'я) після Загальної декларації прав людини стало прийняття Міжнародного пакту про економічні, соціальні й культурні права 16 грудня 1966 року. Визначальною для галузі охорони здоров'я в цьому документі є ст. 12, де вказано, що держави-учасниці Пакту визнають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я [251]. У документі також зазначається, що держави покладають на себе обов'язок вжиття заходів для повного здійснення цього

права, а саме таких, які необхідні для: забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини; поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості; медичний догляд у разі хвороби; запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними; створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби. Ці заходи, безумовно, є актуальними впродовж багатьох років як для України, так і для більшості сучасних країн. Пакт є міжнародним договором і має обов'язкову силу для України, оскільки його ратифіковано Указом Президії Верховної Ради СРСР від 18 вересня 1973 р. Окремі положення Міжнародного пакту про економічні, соціальні й культурні права впроваджено у Конституцію України [102, с. 158].

На сучасному етапі розвитку України одним із пріоритетних завдань є вирішення питання реформування медичної галузі. В цьому аспекті варто звернути увагу на ч. 3 ст. 49 Конституції України, відповідно до якої у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Однак практичне застосування цього положення ускладнене. Як зазначає В. Ю. Стеценко, сьогодні мережа закладів охорони здоров'я активно розширюється за рахунок створення приватних закладів охорони здоров'я, що потребує якісних та кількісних змін державних та комунальних закладів. Разом з тим, населення України стрімко скорочується, тому актуальність вказаної норми викликає сумнів [485, с. 268]. Крім того, Загальна декларація прав людини не містить положень, що встановлюють цей обов'язок.

Ще у 2005 році дослідники сфери охорони здоров'я звертали увагу на необхідність перетворення існуючих державних та комунальних закладів охорони здоров'я із таких, що фінансуються з бюджету в некомерційних суб'єктів господарювання, що працюють без бюджетного фінансування. Дослідники-правознавці обґрунтовували необхідність існування медичних закладів як суб'єктів підприємницької діяльності за умови їх створення саме як

суб'єктів приватного права, акцентуючи увагу на договорах державного замовлення на медичне обслуговування [141]. Утім, згідно з Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленою Кабміном України від 30.11.2016 № 1013-р, запроваджено бюджетне фінансування сфери охорони здоров'я, що передбачає фінансування охорони здоров'я всіх категорій населення із загальних податкових надходжень до державного бюджету. При цьому основна частина медичних закладів є державними.

За роки незалежності в Україні фактично припинили функціонування десятки державних та комунальних медико-санітарних закладів: багатопрофільних дільничних та районних лікарень, спеціалізованих диспансерів, реабілітаційних, оздоровчих закладів, сотні лікарських амбулаторій, скорочено десятки тисяч ліжок у багатопрофільних лікарнях. Достовірна інформація про реальні обсяги цього процесу приховується. Скорочення мережі медичних закладів та кількості стаціонарних ліжок Уряд та МОЗ України аргументують тим, що в державі існує надлишок лікарень, а в лікарнях – надлишкова кількість лікарняних ліжок [481, с. 4]. Тому для усунення цих проблем та запровадження реформ, необхідно вдосконалити положення окремих норм Конституції України.

Щодо безоплатності надання медичної допомоги, яка гарантується Конституцією України, зауважимо, що в Рішенні Конституційного Суду України від 29.05.2002 № 10-рп/2002 (справа про безоплатну медичну допомогу) здійснено тлумачення положення ч. 3 ст. 49 Конституції України, зокрема, зазначено, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного чи наступного їх розрахунку за надання такої допомоги [443].

Разом з цим, ст. 95 Конституції України закріплює засади справедливого і неупередженого розподілу суспільного багатства між громадянами і територіальними громадами при побудові бюджетної системи [196]. При тлумаченні ст. 95 Конституції України у своїх рішеннях Конституційний Суд

України неодноразово висловлював правову позицію стосовно обмеженості державних гарантій економічними можливостями держави. Так, у рішенні Конституційного Суду України від 25 січня 2012 року № 3-рп/2012 передбачено, що забезпечення загальносуспільних потреб у сфері соціального захисту за рахунок коштів Державного бюджету України здійснюється виходячи з фінансових можливостей держави, яка зобов'язана справедливо і неупереджено розподіляти суспільне багатство між громадянами і територіальними громадами та прагнути до збалансованості бюджету України [444].

Відповідно до ч. 3 ст. 4 Закону № 2168-VIII перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України, визначаються програмою медичних гарантій. Медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством [320].

Зважаючи на ст. 49 Конституції України, суб'єкти публічного права в особі державних та комунальних закладів охорони здоров'я здійснюють надання безоплатної медичної допомоги. Однак з прийняттям Закону № 2168-VIII здійснено спробу фактичної легалізації платності медичних послуг.

Вбачається, що до внесення змін до Конституції України, необхідно встановити перелік захворювань (онкозахворювання, туберкульоз, СНІД та інші), які знаходяться поза межами безоплатної медичної допомоги, однак на які б розповсюджувалися державні гарантії щодо повної оплати лікування за рахунок коштів державного медичного страхування [171, с. 70; 151, с. 335].

Крім того, необхідно передбачити додаткові гарантії для малозабезпечених верств населення шляхом розроблення та фінансування соціальних програм доступності медичної допомоги.

Разом з цим, у грудні 2017 року Президент України підписав прийнятий Верховною Радою України Закон № 2168-VIII, який забезпечив реформу охорони здоров'я в Україні [320]. У сфері охорони здоров'я України відбулися системні зміни, зокрема, змінилися принципи фінансування галузі. З прийняттям Закону № 2168-VIII запроваджено систему розподілу витрат на лікування, за якої одна її частина оплачується державою, а інша – пацієнтом. Зауважимо, що за даними соціологічної групи «Рейтинг» 25% опитаних осіб – проти такої системи. У свою чергу, серед тих, хто зазначив, що не проти такої системи фінансування витрат на медичні послуги, 33% зазначили, що готові потратити на них не більше 5% від загальної вартості, 26% – не більше 10%, 13% – не більше 20% і 14% готові оплатити чверть вартості лікування України [320; 275].

30 березня 2018 року в Україні створено НСЗУ — центральний орган виконавчої влади, що забезпечує реалізацію основного принципу медичної реформи – «пацієнт – гроші», що передбачає рівний та якісний медичний захист громадян України в межах державних гарантій медичної допомоги шляхом стратегічних закупівель медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету. Статус центрального органу виконавчої влади забезпечив незаангажованість і захищеність НСЗУ від політичного впливу при розподілі коштів, виділених на фінансування програми медичних гарантій [551, с. 1].

Медичні заклади первинної допомоги, які підписали договір із НСЗУ, перейшли на нову систему фінансування: держава не утримує заклад, а оплачує медичні послуги, надані цим закладом конкретному пацієнту. Лікарі медичного закладу первинної допомоги укладають декларації з пацієнтами, а НСЗУ оплачує послуги згідно з тарифом. Так, відповідно до ст. 10 Закону № 2168-VIII для всієї території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації

лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій. Оплата згідно з тарифом гарантована всім надавачам медичних послуг відповідно до укладених з ними договорів про медичне обслуговування населення. Тарифи можуть встановлюватися, зокрема, як: 1) глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період; 2) капітаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожного пацієнта; 3) ставки на пролікований випадок; 4) ставки на медичну послугу; 5) ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг. Зазначені ставки можуть використовуватися як разом, так і окремо одна від одної. Тобто державне фінансування закладу охорони здоров'я залежить від кількості пацієнтів, яких обслуговують лікарі цього закладу [320].

Оплата згідно з тарифом гарантована всім надавачам медичних послуг відповідно до укладених з ними договорів про медичне обслуговування населення [320].

Перелік послуг з медичного обслуговування населення (медичних послуг), пов'язаних з первинною медичною допомогою, оплату надання яких держава гарантує в межах програми медичних гарантій на 2019 рік, визначається Порядком надання первинної медичної допомоги, затвердженим МОЗ України.

Згідно з додатком до Наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 № 504 до медичних послуг з надання первинної медичної допомоги відносяться: динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів; проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів; динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами; надання в межах первинної медичної допомоги невідкладної

медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання первинної медичної допомоги та якщо пацієнт не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовлення та надсилання повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я; проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань; динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до лікаря акушера-гінеколога закладу вторинної медичної допомоги; призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства; ведення первинної облікової документації; взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я тощо [366].

Однак визначений перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги не чітко визначає медичні послуги, що оплачуються з коштів державного бюджету, а лише називає деякі їх види. Наприклад, визначаючи фінансування проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань з державного бюджету не наводиться перелік відповідних захворювань.

Тому в Україні при розробці програми медичних гарантій пріоритети щодо безоплатності медичних послуг слід визначати на основі таких критеріїв:

1) результативність – до програми медичних гарантій будуть включені тільки ті медичні послуги та медикаменти, які є дійсно результативними, дійсно запобігають, діагностують, лікують хвороби/стани;

2) потреба в медичній допомозі – можливість порятунку життя, попередження або лікування хвороби, покращення якості життя пацієнтів через доступ до медичної допомоги;

3) економічна ефективність послуг – порівняння вартості та досягнутих результатів різних заходів з профілактики, діагностики та лікування однієї і тієї ж хвороби/стану (послуги вважаються більш економічно ефективними, коли з тією ж кількістю ресурсів можна отримати кращі результати, за наявності альтернатив, пріоритет буде надаватися послугам з вищою економічною ефективністю);

4) захист пацієнтів від надмірних витрат на медичні послуги – медичним послугам, що призводять до надмірних витрат, буде надано пріоритет для включення у програму медичних гарантій;

5) доступність – забезпечення рівності доступу для всіх громадян, незалежно від того, живуть вони в сільській місцевості чи в місті, від їх вікового, соціального або економічного статусу;

б) вибір населення – важливою є соціальна прийнятність рішень щодо пріоритетів в охороні здоров'я, думка громадян щодо того, які медичні послуги необхідно включити до програми медичних гарантій [428].

Аналізуючи основний принцип на якому ґрунтується автономія медичних закладів – «пацієнт – гроші», відмітимо, що згідно з ч. 2 ст. 9 Закону № 2168-VIII пацієнт (його законний представник) реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу [320].

Зауважимо, що в Наказі МОЗ України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» від 19.03.2018 № 503 зазначено, що кожен громадянин України підписує з лікарем декларацію, а

також визначена її форма і процедура подачі [355]. Отже, в Україні з'явився новий правовий інструмент – декларація, якою фактично оформляються договірні відносини між пацієнтом і лікарем з метою надання останнім медичних послуг.

Необхідно відзначити, що автором цього дослідження термін «декларація» розглядається не як документ, а як договір і юридичний факт. Хоча в словниках декларація зазвичай тлумачиться як документ, офіційна заява, де проголошуються основні принципи зовнішньої і внутрішньої політики держави чи програмні положення партій та організацій [39, с. 679].

Вважаємо, що не зовсім доречним і юридично грамотним є використання терміну «декларація» в контексті медичних правовідносин. Правильно вживати термін «договір», що слід укладати між суб'єктами правовідносин у цій сфері, правова природа якого розглядалася автором у окремих наукових публікаціях [507; 177].

Законодавець пропонує типову форму Декларації (її зразок опублікований на офіційному сайті МОЗ України), яка повинна бути підписана між лікарем і пацієнтом, що вже обмежує пацієнта в узгодженні певних додаткових умов. Це вказує на те, що вже на першому етапі медичної реформи законодавець не врахував проблеми реалізації на практиці окремих положень Декларації і не запропонував можливість договірного шляху їх вирішення.

Складання договорів між пацієнтом і лікарем, що надає первинну медичну допомогу, має як позитивні, так і негативні сторони. Перевагами такої практики насамперед є можливість кожного громадянина самостійно визначитися з вибором лікаря. Зазначений договір є гарантією захисту прав пацієнта і лікаря в разі вчинення правопорушення будь-ким із них.

З іншого боку, існує ризик наявності недостатньої кваліфікації у практикуючого лікаря. Хоча новий принцип, закріплений МОЗ України, «пацієнт – гроші» стимулюватиме медичних працівників до поліпшення якості надаваних ними послуг, а практика укладання договорів між лікарем і пацієнтом стане засобом контролю за ними, для попередження випадків

неналежного їх надання необхідно, щоб строк дії договору був нетривалим (наприклад, рік) і давав можливість переукласти цей договір з іншим (більш досвідченим та/чи кваліфікованим) лікарем.

Разом із введенням договірного регулювання правовідносин між лікарем і пацієнтом доцільним є складання договору з кожним медичним працівником, який надає медичну послугу, наприклад з медсестрею, яка здійснює догляд за хворим на дому.

Правовідносини з лікарем, що надає первинну медичну допомогу, виникають у сфері цивільного права, що, відповідно, має визначатися і спеціальними нормами ЦК України.

Вважаємо, що особливостями договору з лікарем, що надає первинну медичну допомогу, мають бути предмет, якість наданої послуги, строк дії договору, а також спеціальні умови, які обумовлюються між лікарем і пацієнтом. Так, предметом є дії лікаря, спрямовані на надання медичних послуг. Спеціальними умовами, наприклад, можуть бути згода пацієнта на медичне втручання або умови про лікарську таємницю. Об'єктом договору виступає немайнове благо людини – життя і здоров'я. Суб'єктами є лікар і пацієнт або його представник, їх права та обов'язки складають зміст цього договору [507, с. 156].

Зауважимо, форма декларації про вибір лікаря передбачає внесення чималої кількості персональних даних особи. Крім того, згодом, електронна система охорони здоров'я міститиме й дані про стан здоров'я пацієнта, медичне втручання, здійснене лікування. Тому виникає питання щодо забезпечення захисту цієї інформації [171, с. 69].

Згідно з ч. 3 ст. 11 Закону № 2168-VIII, «підписуючи декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, пацієнт (його законний представник) надає згоду на доступ до даних про нього, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, такому лікарю, а також іншим лікарям за його направленням у межах, необхідних для надання медичних послуг такими лікарями» [320].

До електронної системи охорони здоров'я мають доступ:

- 1) уповноважений орган;
- 2) заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності, що уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з Уповноваженим органом;
- 3) фізичні особи-підприємці, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з Уповноваженим органом.

Відповідно до ч. 2 ст. 11 Закону № 2168-VIII доступ до даних про пацієнта, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, можливий лише у разі отримання згоди такого пацієнта (його законного представника) у письмовій формі або у формі, що дає змогу зробити висновок про надання згоди. Без згоди доступ до інформації про пацієнта можливий у випадках:

- 1) наявності ознак прямої загрози життю пацієнта;
- 2) за умови неможливості отримання згоди такого пацієнта чи його законних представників (до часу, коли отримання згоди стане можливим);
- 3) за рішенням суду [320].

Враховуючи зазначене, відзначимо, що для отримання доступу до інформації про пацієнта без його згоди достатньо наявності однієї з перелічених умов. Наприклад, у разі, коли існує пряма загроза для життя пацієнта, його згода на доступ до персональних даних не є обов'язковою [171, с. 69].

Зауважимо, що чинне законодавство не містить визначення поняття прямої загрози. Однак у Постанові Кабміну України «Деякі питання соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах, у тому числі таких, що можуть загрожувати їх життю та здоров'ю» від 03.10.2018 № 800 зазначено, що загроза життю або здоров'ю дитини – це «обставини, що можуть призвести чи призвели до тяжких наслідків для життя, стану здоров'я та розвитку дитини, зокрема спричинили тяжку, у тому числі невиліковну,

хворобу, тілесні ушкодження середньої тяжкості, тяжкі тілесні ушкодження або заподіяли шкоду нормальному фізичному, духовному, моральному розвитку дитини, у зв'язку з чим вона потребує допомоги» [100].

Враховуючи наведене, загроза життю дитини передбачає обставини, що можуть призвести чи призвели до тяжких наслідків для життя дитини, у зв'язку з чим вона потребує допомоги. Однак, в контексті Закону № 2168-VIII, для отримання доступу до інформації про пацієнта без його згоди, необхідна наявність прямої загрози життю. Уявляється, що пряма загроза передбачає наявність таких умов, за яких без надання медичної допомоги настає смерть пацієнта [171, с. 70].

Тому з метою вдосконалення окремих положень Закону № 2168-VIII, ч. 1 ст. 2 слід доповнити п. 4 такого змісту: «пряма загроза життю – виникнення умов, за яких, без надання медичної допомоги, існує ризик настання смерті пацієнта» [171, с. 70].

В аспекті вдосконалення законодавства про захист персональних даних пацієнта, варто звернути увагу на форму декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Адже, затверджена Наказом № 503 (в редакції від 19.03.2018) [355] форма декларації порушувала основоположні права пацієнта. Зокрема містила обов'язкові для заповнення пацієнтом графи «Адреса зареєстрованого місця проживання», «Документ, що посвідчує особу», «Згода на збір та обробку персональних даних».

Щодо вимог про надання адреси зареєстрованого місця проживання та копії документа, який посвідчує особу, то вони є неправомірними, адже право на медичну допомогу не залежить від місця, де зареєстрована особа та наявності в неї будь-яких документів. Крім того, необхідність заповнення графи про надання згоди на збір та обробку персональних даних є порушення Конституції України та Закону України «Про захист персональних даних», оскільки в цьому разі право людини на медичне обслуговування стає залежним від надання нею згоди на обробку персональних даних. Тому завдяки втручанню Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, зміст

декларації було змінено. Наразі у декларації в редакції Наказу МОЗ України від 29.05.2018 № 1023 відсутні вимоги щодо заповнення зазначених вище граф [355]. Утім декларації, подані (укладені) за попередньою формою, залишаються чинними, а ті громадяни, які заповнили їх раніше, за бажанням можуть подати нову. У такому разі виникає питання щодо необхідності видалення або знищення персональних даних, які містить декларація, укладена за старою формою.

Згідно з ч. 1 ст. 15 Закону України «Про захист персональних даних» персональні дані видаляються або знищуються в порядку, встановленому відповідно до вимог закону. Персональні дані підлягають видаленню або знищенню у разі: 1) закінчення строку зберігання даних, визначеного згодою суб'єкта персональних даних на обробку цих даних або законом; 2) припинення правовідносин між суб'єктом персональних даних та володільцем чи розпорядником, якщо інше не передбачено законом; 3) видання відповідного припису Уповноваженого або визначених ним посадових осіб секретаріату Уповноваженого; 4) набрання законної сили рішенням суду щодо видалення або знищення персональних даних (ч. 2 ст. 15) [386].

Однак, відповідно до пп. 8 п. 3 розділу III Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 503, надавач первинної медичної допомоги зобов'язаний зберігати один примірник декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, підписаний пацієнтом (його законним представником), протягом трьох років з дня припинення (анулювання) такої декларації [355].

Тому при поданні пацієнтом нової декларації, стара декларація продовжує зберігатися, що суперечить Закону України «Про захист персональних даних», оскільки фактично відбулося припинення правовідносин між суб'єктом персональних даних та володільцем.

Враховуючи наведене, з метою забезпечення прав пацієнтів, на рівні підзаконних нормативно-правових актів необхідно внести відповідні зміни в положення, що регулюють питання захисту персональних даних.

Проаналізувавши деякі положення адміністративного законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні слід зробити такі висновки.

Першим міжнародним документом, що закріпив низку основоположних прав людини стала Загальна декларація прав людини (1948 р.), в якій право на медичну допомогу та право на медичне страхування, розглядаються як структурні елементи права на достатній життєвий рівень. Зі свого боку гарантіями права на охорону здоров'я в Загальній декларації прав людини є забезпечення збереження життя людини, заборона проведення примусових медичних дослідів над людиною, застосування тортур або жорстокого, нелюдського чи такого, що принижує людську гідність поводження і покарання [120; 168, с. 93].

Сьогодні перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги не чітко визначає медичні послуги, що компенсуються коштами державного бюджету, а лише називає деякі їх види: динамічне спостереження, діагностика та лікування (без зазначення конкретних заходів), надання першої медичної допомоги, профілактика захворювань, надання консультативної допомоги, ведення облікової документації, призначення лікарських засобів, взаємодія із суб'єктами системи громадського здоров'я медичних виробів тощо [512, с. 111].

В Україні, при розробці програми медичних гарантій, пріоритети щодо безоплатності медичних послуг слід визначати на основі таких критеріїв як результативність, потреба в медичній допомозі, економічна ефективність послуг, захист пацієнтів від надмірних витрат на медичні послуги, доступність, вибір населення [512, с. 111].

4.4. Оптимізація організаційних засад виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я

Незважаючи на політичну нестабільність та економічну кризу, Україна є

непорушною у власних євроінтеграційних прагненнях, що нерозривно пов'язано з реформуванням національного законодавства у ключових соціально-орієнтованих сферах. Аналіз останніх кризь призму «людиноцентризму» цілком закономірно вказує на необхідність реформування системи охорони здоров'я.

Наразі відбувається завершення першого етапу реформи сфери охорони здоров'я. Водночас уже досягнуто позитивних результатів, а саме: у 1,5 рази підвищено фінансування первинної ланки системи охорони здоров'я; в 2-3 рази збільшилися доходи переважної більшості сімейних лікарів, педіатрів та терапевтів; в рамках програми «Доступні ліки» державою компенсовано понад мільйон гривень; підвищено мінімальний поріг балів для осіб, які виявили бажання здобувати вищу освіту за спеціальністю «Медицина». Наступний етап реформи системи охорони здоров'я полягає у впровадженні нової програми «Безкоштовна діагностика», оновленні процесу надання екстреної медичної допомоги [438] тощо.

Важливо усвідомлювати, що досягненню поставлених цілей, як і безпосередньо початку реформування тієї чи іншої галузі, передують низка організаційно-правових заходів, здійснення яких обумовлюється необхідністю прийняття легітимних управлінських рішень на різному рівні та реалізацією конкретних дій, спрямованих на їх втілення. Наслідком цього є виникнення та формування нових правовідносин, котрі потребують правової регламентації від початку виникнення до їх завершення. Зокрема, саме закони виступають безумовними постулатами, недодержання яких тягне за собою негативні наслідки та обмеження до особи-порушника. Зі свого боку ґрунтовні зміни у сферах публічного управління здебільшого починаються з прийняття законів або суттєвих змін їх основних положень, які одночасно є передумовою виникнення, зміни та припинення правовідносин.

Викладене дає підстави стверджувати, що нормативні приписи та правові відносини виступають невід'ємною складовою реформаційних процесів. До того ж перші перебувають у тісному взаємозв'язку: чим детальнішими є норми

права, тим ефективніше вбачається регулювання відносин, які є якісною складовою реформ. В умовах поступової реалізації стратегії оновлення системи охорони здоров'я та приведення її до європейських стандартів актуалізації набувають не лише нові виклики та перспективні перетворення, а й стабілізація вже досягнутих результатів, разом із забезпеченням функціонування реформованої частини системи охорони здоров'я, зокрема надання первинної медичної допомоги. Реформування системи охорони здоров'я вимагає запровадження та реалізації заходів, спрямованих на комплексне вирішення проблем, пов'язаних з наданням медичної допомоги, на протипагу вирішенню окремих питань на поверхневому рівні, що не надасть очікуваного результату. Через це обґрунтованим вбачається дослідження шляхів розвитку адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. З урахуванням того, що однією з основних особливостей вказаних відносин є підстави їх виникнення та розвитку, початок яких пов'язується зі здійсненням публічного адміністрування сферою охорони здоров'я, зауважимо, що більшість інших адміністративно-правових відносин у різних сферах (наприклад, правоохоронній) виникають переважно з моменту звернення особи до компетентних органів. Тому під час дослідження можливостей оптимізації вказаних відносин необхідно приділити увагу підставам їх виникнення та їх подальшій динаміці.

Під оптимізацією необхідно розуміти певний процес, у результаті якого об'єкт набуває «оптимальних, найбільш сприятливих властивостей, співвідношень; покращення характеристики системи», а під оптимізацією даних – «процес реорганізації даних за деякими критеріями» [48, с. 851]. При чому під даними у нашому дослідженні слід розуміти будь-які відомості, що пов'язані з конкретними явищами, як-от сутність організаційних засад виникнення та розвитку адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. Водночас організаційні засади функціонування (нерідко разом із правовою основою) конкретного об'єкта (соціальної сфери, правовідносин, підприємств, органів державної влади, державних і комунальних закладів

системи охорони здоров'я) постійно перебувають в центрі уваги представників різних галузей науки, зокрема теорії державного управління та юриспруденції. Так, К. Т. Томашкова, розглядаючи організаційно-правові засади державного управління економічної безпеки, з-поміж інших виділяє дві основні – норми права та принципи, на яких ґрунтується така діяльність [517, с. 131–132]. Продовжуючи тему національної безпеки у сфері оборони, Т. А. Стукалін досліджує організаційний аспект крізь призму відповідних нормативно-правових актів [493, с. 216]. У сфері освіти В. В. Гаращук виокремлює три головних елементи організаційних засад: «принципи надання освіти, систему нормативно-правових актів, державну освітню політику» [16, с. 412]. В. А. Рудик і В. В. Пророченко, з'ясовуючи організаційно-правові засади діяльності органів державної реєстрації актів цивільного стану у сфері протидії домашньому насильству на стадії укладення шлюбу, доходять висновку про необхідність здійснення «заходів організаційно-правового характеру як законодавцю, так і органам виконавчої влади. По-перше, необхідно завершити роботу щодо запровадження в дію Єдиного державного реєстру випадків домашнього насильства та насильства за ознакою статі» [449, с. 269]. С. Я. Пак, здійснивши ґрунтовний аналіз внутрішньоорганізаційного аспекту публічного адміністрування сферою охорони здоров'я, зауважив, що «на сьогодні в Україні недосконало вивчені організаційно-правові засади державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях. Спостерігається невизначеність законодавства, що регулює діяльність органів державної виконавчої влади та місцевого самоврядування в управлінні охороною здоров'я. Залишаються невирішеними питання створення внутрішньоорганізаційної структури, яка б забезпечувала адекватне функціонування системи, запровадження демократичних засад, децентралізацію та змінила принципи фінансування галузі» [276, с. 2].

На підставі аналізу наведених положень в розрізі організаційних засад функціонування різних суспільно-важливих сфер або їх окремих аспектів можна зробити такі висновки: по-перше, організаційні засади передбачають

здійснення певних заходів, конкретних дій управлінського характеру; по-друге, вони здійснюються з метою досягнення певного суспільно-значущого результату та передбачає удосконалення роботи певного об'єкта; по-третє, такі заходи хоча і мають організаційний зміст, але нерозривно пов'язані з правом, оскільки переважно передбачають внесення змін у чинні нормативно-правові акти. Саме тому часто організаційно-правові засади досліджуються як єдина система. Однак останній підхід є виправданим, коли предметом дослідження є змістовні об'єкти – сфери, розгалужені системи, державні та недержавні інституції. Натомість, виникнення та подальша динаміка правовідносин не завжди пов'язані з правовими актами, наприклад при подіях, які тільки ведуть до виникнення низки правових відносин, зокрема адміністративних (смерть особи внаслідок стихійного лиха чи епідемії). Тому в цьому разі доцільно говорити про організаційні засади виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у тому числі у сфері охорони здоров'я.

Надання правової характеристики поняттю «сфера охорони здоров'я» насамперед зумовлює необхідність звернення до норм Основного закону держави. Так, термін «здоров'я» у його належності до людини є змістовною складовою найвищої соціальної цінності в Україні (ст. 3 Конституції України [196]) трансформованою у право кожного на охорону здоров'я поряд з медичною допомогою та медичним страхуванням (чч. 2-3 ст. 49 Конституції України [196]).

Закріплення норм щодо охорони здоров'я на найвищому державному рівні свідчить про неабияку значущість вказаної галузі та її віднесення до відання уряду країни: держава, взявши на себе обов'язок забезпечення громадянам медичного обслуговування, водночас поклала на себе відповідальність за його всебічну організацію, де основною ціллю повинно стати забезпечення повного та безперешкодного доступу до реалізації особою права на охорону здоров'я. Завданням держави в такому разі є створення та організація роботи розгалуженої сучасної системи охорони здоров'я, без якої право на здоров'я, регламентоване Основним законом держави, залишається суто декларативним.

Слід погодитись з твердженням Г. Я. Пархоменко та В. М. Якимець, які зазначають, що «умовою для успішного функціонування системи охорони здоров'я є нормативно-правова база, що включає комплекс ресурсів, таких як фінансові, кадрові, матеріально-технічні, управління та керівництво, технології. Основними цінностями системи мають бути справедливість, солідарність, участь населення, етичний підхід до розвитку систем. Прогрес у досягненні основних цілей залежить від ефективного виконання ключових функцій: спрямовуючого керівництва, формування ресурсів, надання послуг, фінансування» [279, с. 45]. У цьому разі нормативно-правовим актам відведено провідну роль, оскільки вони є основним засобом унормування правових відносин, у тому числі тих, що складаються з приводу публічного адміністрування. Також слід відзначити, що досягнення завдань, що покладені на будь-яку систему, залежить від її адміністративно-управлінського складу (керівництва), адже сучасне обладнання та кваліфіковані кадри без належної організації роботи не зможуть у повному обсязі використати всі наявні матеріальні та людські ресурси. Натомість проведення грамотних управлінських процесів на різних рівнях, зокрема, прийняття вчасних та ефективних управлінських рішень, а також їх подальше нормативне закріплення дозволить отримати максимальний результат при мінімальних витратах ресурсів (матеріальних і нематеріальних).

Правовий зміст поняття «здоров'я» розкривається на двох рівнях – національному та міжнародному: 1) «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад» [270] (ст. 3 Закон № 2801-ХІІ); 2) «стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів» [479] (Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я). Наведені два визначення майже ідентичні, адже передбачають не лише процес лікування під час хвороби, а й постійне підтримання фізичного і морального благополуччя особи, що вимагає системної багатокомпонентної профілактичної роботи, де основна увага повинна бути сконцентрована на забезпеченні громадського

здоров'я. Останнє в національному законодавстві представлено у вигляді системи, яка складається з «комплексу інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства» (Концепція розвитку системи громадського здоров'я, схвалена розпорядженням Кабмін України від 30.11.2016 № 1002-р) [419]. Водночас під охороною здоров'я необхідно розуміти «систему заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [270].

Отже, публічне адміністрування сферою охорони здоров'я передбачає здійснення різноманітних заходів, що реалізуються уповноваженими суб'єктами для відновлення, зміцнення і підтримання на максимально можливому рівні здоров'я (фізичного та психологічного) кожної особи та суспільства загалом, з метою підтримання стабільного рівня їх соціальної активності.

Конкретні заходи у сфері охорони здоров'я визначають її зміст, а множинність, якою вони характеризуються, стала підставою для групування адміністративно-правових відносин у цій сфері шляхом можливості їх зв'язку із «організацією надання медичної допомоги і здійснення заходів щодо охорони здоров'я населення; визначенням адміністративно-правового статусу суб'єктів, які отримують і які надають медичну допомогу; організацією та забезпеченням санітарно-гігієнічного і санітарно-епідеміологічного благополуччя населення та здійснення державного санітарного нагляду; державного і муніципального

управління наданням медичної допомоги і державного регулювання господарської діяльності у сфері охорони здоров'я; безпосереднім наданням медичної допомоги; окремими напрямками медичної діяльності: терапії, хірургії, психіатрії, імунопрофілактиці, трансплантології, клінічному випробовуванні лікарських засобів та ін.» [66, с. 109]. Необхідно також зазначити, що такі заходи переважно повинні бути відображені в оперативних і довгострокових планах, що складаються згідно з фундаментальними пріоритетами державної політики в цій галузі: досягнення стабільного й повноцінного фінансового забезпечення; підвищення ефективності та якості надання медичних послуг шляхом їх стандартизації; створення єдиного медичного простору [88, с. 10].

Виникнення, зміна та припинення адміністративно-правових відносин, зокрема тих, що виникають у сфері охорони здоров'я, пов'язана з конкретними соціальними та спеціальними передумовами, котрі у підрозділі 1.2 цього дослідження були визначені як право на здоров'я та безпосередньо сама необхідність забезпечення кожного права на медичну допомогу, медичне обслуговування та медичне страхування, а також адміністративно-правових норм, які регулюють правовідносини у сфері охорони здоров'я, відповідно. Разом із тим підставами виникнення правових відносин у сфері охорони здоров'я було визначено систему юридичних фактів, наведено їх класифікацію та характеристику. Втім зауважимо, що найчастіше такі юридичні факти знаходять своє нормативне закріплення в правових актах, що регулюють функціонування у сфері охорони здоров'я. Це свідчить про безпосередній зв'язок юридичних фактів як підстав виникнення та подальшої динаміки правовідносин і законодавчих положень, котрими передбачені конкретні життєві обставини, внаслідок яких виникають та формуються правові відносини.

Підсумовуючи наведене, пропонуємо під організаційними засадами виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я розуміти множинність конкретних життєвих обставин разом із заходами управлінського характеру, закріпленими в положеннях нормативно-

правових актів, з настанням яких пов'язана видозміна правовідносин, котрі переважно складаються в процесі публічного адміністрування сферою охорони здоров'я. У такому разі оптимізація передбачає вдосконалення правових, а також організаційних засад, наслідком чого є трансформація адміністративно-правових відносин та/або їх суб'єктного складу. Між тим оптимізація організаційних засад виникнення та подальшої динаміки адміністративно-правових відносин є характерною для проведення медичної реформи, котра передбачає практичне втілення нових стандартів, зокрема надання права пацієнту вільно на свій розсуд обирати державний чи приватний лікувальний заклад і конкретного лікаря, під час якої відбувається зміна парадигми відносин: від моделі «Держава → МОЗ України → лікарня → пацієнт» до «пацієнт → лікар → лікарня (комунальна, державна, приватна)».

До засад у загальному розумінні можна віднести і підстави виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, тобто юридичні факти, що пов'язані з настанням різних життєвих обставин, оскільки перші тлумачимо як «основу чогось; те головне, на чому ґрунтується, базується що-небудь; вихідне головне положення, принцип; основа світогляду, правило поведінки; спосіб, метод здійснення чого-небудь» [48, с. 419]. Тому вважаємо за можливе організаційні засади виникнення та розвитку вказаних правовідносин розглянути у площині системи юридичних фактів, а точніше – їх окремих видів, які були виділені в іншому підрозділі цього дослідження. Йдеться про такі їх види: дії, події та стани.

У цьому сенсі необхідно зазначити, що процес оптимізації організаційних засад виникнення та розвитку адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я було розпочато з медичною реформою, наслідком якої стало виникнення нових видів адміністративно-правових відносин (наприклад, укладення договору про медичне обслуговування населення) та розширення кола їх учасників (як-от створення НСЗУ – «центрального органу виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення» [424]). Оптимізація внаслідок реформи

охорони здоров'я також пов'язана з конкретними юридичними фактами, зокрема діями – вольовими активними вчинками осіб і органів державної влади (їх посадовими особами): запровадження та втілення програми «Доступні ліки», яка передбачає відшкодування НСЗУ суб'єктам господарювання вартості лікарських засобів, придбаних громадянами за спеціальними рецептами [325; 99]; ініціювання переходу медичних закладів на електронний документообіг, початок роботи онлайн сервісу e-Health [96]. На відміну від дій, події як юридичні факти не залежать від волі особи, а тому остання не може вплинути на їх розвиток. Такими обставинами може бути раптове погіршення стану особи, що потребує надання екстреної медичної допомоги, процедура надання якої теж змінюється. Так її поділено на два окремі види – екстрену та невідкладну: в першому випадку вона передбачає термінову госпіталізацію особи, а в другому пов'язана з невідкладним станом людини – «раптовим погіршенням фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин» [324] (п. 7 ч. 1 ст. 1 Закону України «Про екстрену медичну допомогу»). Таке розмежування передбачає виникнення адміністративних правовідносин, пов'язаних із реорганізацією процедури надання такого виду медичної допомоги, зокрема здійснення великої кількості заходів кадрового та матеріально-технічного характеру, спрямованих на досягнення таких цілей: «оновлення алгоритмів диспетчеризації та створення нової ІТ-інфраструктури, що дозволить мати інформацію про стан кожного виклику в будь-який момент; нові моделі освітніх заходів для працівників екстреної медичної допомоги, а також контролю якості знань (компетенцій); оновлення обов'язкових протоколів диспетчерів і протоколів командних дій бригад; нові автомобілі і обладнання; гідна оплата праці екстреним медичним працівникам; перебудова приймальних відділень в лікарнях; збільшення доступності першої допомоги, зокрема, розбудова мережі перших реагувальників» [503].

Не менш значущими в умовах реформування сфери охорони здоров'я є юридичні факти – стани, тобто «обставини, які існують тривалий час, мають якість об'єктивної реальності, а також безперервно або періодично породжують юридичні наслідки» [290, с. 78]. В медичній сфері подібні стан пов'язані з наданням громадянам спеціального статусу – це може бути як внаслідок заняття професійною медичною діяльністю (впровадження нової системи безперервного професійного розвитку лікарів[94]) або отримання спеціальності лікаря (через єдиний державний кваліфікаційний іспит, що відповідає міжнародним стандартам [362]), так і безпосередньо пов'язане з набуттям особою спеціальних статусів, внаслідок хвороби [412] або отримання травм [402; 331; 313]. З наведеного вбачається, що оптимізація організаційних засад виникнення зміни та припинення адміністративно-правових відносин є нагальним актуальним питанням у контексті реформування всієї системи та пов'язана з прийняттям нових чи зміною змісту чинних нормативно-правових актів, котрі регламентують вказані види відносин. Разом із тим процес оптимізації, що відбувається сьогодні, ще не завершено, у зв'язку з чим залишається чимала кількість проблем, які потребують оперативного вирішення з метою досягнення загальних цілей побудови принципово нової системи охорони здоров'я.

1. Проблеми формування кадрового складу (персоналу) у сфері охорони здоров'я. Чинним законодавством у сфері охорони здоров'я передбачено виділення коштів пропорційно кількості пацієнтів, яких обслуговує лікар. При цьому кошти надходять на рахунок лікарні як юридичної особи, котра з цієї суми здійснює загальнообов'язкові платежі (наприклад, комунальні послуги) та виплачує заробітну плату державним службовцям, які забезпечують роботу медичних установ (працівники відділу кадрів, фінансово-розрахункового відділення тощо). За таких обставин незрозумілим залишається значення медичної установи та деяких посад персоналу, адже лікарям для реалізації медичної практики не потрібен головний лікар або його заступник, бухгалтер, працівник відділу кадрів тощо, а тому виникає питання чому перший повинен

фактично оплачувати їх роботу, якщо вони не приймають пацієнтів, не укладають відповідних договорів тощо. Вказане обумовлює нагальну необхідність кадрових змін при формуванні апарату, що обслуговує сферу охорони здоров'я, шляхом зменшення кількості персоналу, який безпосередньо не здійснює медичне обслуговування (керівників, фахівців, технічних службовців, робітників) [149, с. 9].

Свого вирішення потребує питання щодо випадків, коли той чи інший лікар не зможе набрати необхідної кількості договорів з пацієнтами навіть для того, щоб досягти рівня мінімальної заробітної плати, і не тільки через суб'єктивні причини (наприклад, професіоналізм), а й через об'єктивні: недостатню щільність населення на обслуговуваній території; відсутність, на думку населення, достатнього досвіду роботи лікаря у зв'язку з його молодим віком тощо. І, навпаки, в умовах сьогодення існує ймовірність виникнення такого явища, як штучна «накрутка» кількості пацієнтів, що не виключає застосування незаконних засобів (обман, зловживання, входження в довіру, зокрема до осіб похилого віку), з метою створення штучного іміджу кваліфікованого лікаря, оскільки реалії стану системи охорони здоров'я опосередковано свідчать, що успішність і професіоналізм лікаря залежить від кількості пацієнтів, які уклали з ним декларацію [149, с. 11].

Ігнорування описаних вище питань у подальшому можуть не тільки загальмувати розвиток медичної реформи, а й призвести до її провалу. Тому аналіз можливих проблем та передбачення шляхів їх вирішення з одночасним детальним закріпленням в підзаконних нормативно-правових актах є вкрай актуальним. Більше того, необхідно передбачити мінімальну ставку для таких категорій лікарів, яка буде дорівнювати принаймні мінімальній заробітній платі. Утім навіть за таких обставин є ризик зниження рівня престижу професії лікаря та появи ще однієї проблеми – відтоку кадрів: нерідко висококваліфіковані фахівці або виїждять за кордон, або взагалі змінюють професію. Таку ситуацію можна виправити шляхом запровадження державної програми кредитування житла для медичних працівників, надання пільг на

спеціалізовану медичну допомогу, надання права на першочергове зарахування дітей медичних працівників до певних категорій навчальних закладів (наприклад, дошкільних навчальних закладів) з метою забезпечення можливості праці медичних працівників за фахом тощо [149, с. 10].

2. *Окремі питання трансплантації анатомічних матеріалів донора-трупа у частині надання дозволу на провадження такої процедури.* Наступним важливим питанням, яке потребує нагального вирішення, є проблема етико-юридичного характеру, що пов'язана зі специфічною медичною процедурою – трансплантацією. У 2002 році це питання було вирішено на офіційному рівні в Конвенції про права людини та біомедицини відносно трансплантації органів і тканин людини, де у п. 4 Додаткового протоколу було розтлумачено термін «трансплантація» як процес повного видалення органа чи тканини в однієї особи та імплантацію усього органу чи тканини особі, включаючи всі процедури з підготовки та зберігання [106]. Національне законодавство визначає вказану процедуру більш конкретно, а саме: «спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці анатомічного матеріалу людини від донора реципієнту і спрямований на відновлення здоров'я людини» [328]. При цьому донором анатомічних матеріалів може бути як живий донор, так і донор-труп, але обов'язково має бути надана згода на проведення такої трансплантації [149, с. 10].

У ч. 11 ст. 16 Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» закріплені норми щодо захисту осіб, які внаслідок певних обставин не можуть дати згоду на видалення органів: «у разі, якщо померла особа не висловила за життя своєї згоди або незгоди на посмертне донорство, не визначила свого повноважного представника, що встановлено трансплант-координатором згідно з даними Єдиної державної інформаційної системи трансплантації, згода на вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів з тіла такої особи після визначення її стану як незворотна смерть відповідно до закону запитується трансплант-координатором особисто у другого з подружжя або в одного з

близьких родичів цієї особи (діти, батьки, рідні брати та сестри)» [328], а в разі їх відсутності – особу, яка зобов'язана здійснити поховання [149, с. 10].

Коли померла особа не досягла вісімнадцятирічного віку, така згода може бути надана трьома категоріями осіб: 1) батьками; 2) близькими родичами; 3) іншими законними представниками. У вказаному правовому акті законодавець об'єднує близьких родичів і членів сім'ї та відносить до них: «вітчима, мачуху, сина, дочку, пасинка, падчерку, рідного брата, рідну сестру, діда, бабу, прадіда, прабабу, внука, внучку, правнука, правнучку, усиновлювача чи усиновленого, опікуна чи піклувальника, особу, яка перебуває під опікою або піклуванням, а також осіб, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом і мають взаємні права та обов'язки, у тому числі осіб, які спільно проживають, але не перебувають у шлюбі» [328]. На противагу, члени сім'ї, якщо вони не є близькими родичами, виходячи з позиції законодавця, не можуть висловлюватися з приводу питання про трансплантацію органів.

Зі свого боку на практиці трапляються випадки, коли особи реєструють шлюб до настання повноліття – з шістнадцяти років, часто їх чоловіки (дружини) є їм найближчими родичами, оскільки інших вони не мають, не підтримують зв'язок тощо. У такому разі сенс цього дозволу полягає у наданні згоди особи, яка протягом життя була якомога ближчою до потенційного донора, водночас згідно з чинним законодавством її надають особи, які не завжди мають «моральне» право приймати такого роду рішення. Вбачається, що обтяжування вищевказаної норми зайвими категоріями осіб не тільки недоречно, а й інколи ускладнює чи взагалі унеможлиблює прийняття рішення, яке може врятувати життя іншої особи. У результаті вважаємо за потрібне п. 3 ч. 11 ст. 16 Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» викласти у такій редакції: «у разі смерті особи віком до 18 років згода на вилучення анатомічних матеріалів з тіла цієї особи для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів може бути надана близькими родичами та членами сім'ї або іншими законними представниками цієї особи» [149, с. 11].

Враховуючи те, що процес трансплантації може врятувати як мінімум одне людське життя, і те, що він сам по собі не несе жодних негативних морально-етичних наслідків, адже здійснюється відповідно до ст. 18 Додаткового протоколу до Конвенції про права людини та біомедицину щодо трансплантації органів і тканин людини відносно трансплантації органів і тканин людини [106], вважаємо за потрібне розв'язати цю проблему шляхом закріплення монопольного права уповноважених суб'єктів в системі охорони здоров'я (приміром, Київського центру трансплантації кісткового мозку) вирішувати питання про можливість і доцільність трансплантації органів чи тканин донора-трупа. Поряд з цим необхідно передбачити ефективний механізм державного контролю (з метою недопущення вчинення злочинів у цій сфері) та передбачити можливість для будь-якої особи за життя відмовитися від посмертного донорства шляхом направлення відповідного звернення (в електронній або письмовій формі) до відповідного державного органу та, як наслідок, видалення інформації про таку особу з Єдиної державної інформаційної системи трансплантації [149, с. 11].

Слід звернути увагу, що описаний підхід жодним чином не протирічить міжнародним нормам і стандартам у вказаній сфері, оскільки він вбачається можливим при додержанні хоча б однієї з таких умов: «не існує сумісного донора, здатного дати згоду; одержувач є братом або сестрою донора; пожертвування органу є життєво необхідним для одержувача; спеціальний дозвіл його або її представника, влади, особи або органу, передбачених законодавством, дано в письмовому вигляді і завірено компетентним органом; відповідний потенційний донор не заперечує» [106], за умови визнання його померлим у порядку, встановленому національним законодавством [149, с. 11].

3. Відсутність легального визначення поняття «лікарська помилка», вчинення якої є підставою для притягнення лікаря до юридичної відповідальності. Поняття «лікарська помилка» вже давно стало супутником сучасного життя, причиною смерті осіб, які звертаються за допомогою до лікарів. Незважаючи на усталену практику вживання зазначеного поняття, його

нормативне визначення у національному законодавстві не закріплено, хоча його зміст жваво обговорюється як науковцями різних галузей знань, так і практикуючими юристами і лікарями. Наприклад, у своєму монографічному дослідженні О. О. Прасов пропонує розглядати зазначене поняття у двох розуміннях: «у широкому розумінні – це є як винні, так і невинні діяння, а у вузькому – лише невинні діяння медичних працівників» [305, с. 94]. О. А. Беденко-Зваридчук вказує на те, що «як правило, його застосовують у всіх випадках настання несприятливих подій для пацієнта – зумовлені вони реальними дефектами надання медичної допомоги чи порушеннями з боку пацієнта, чи зненацька виникли (є казусом) [31, с. 64]. Досліджуючи тему лікарських помилок і незаконного лікування, Я. Л. Шаус під першими пропонує розуміти «невірні, несумлінні дії при наданні медичної допомоги або догляді за хворим» [540, с. 48].

Утім, незважаючи на відсутність легального поняття цього небезпечного явища та стійкого уявлення про його зміст, за умови вчинення правопорушення в медичній сфері, пов'язаного з нанесенням шкоди життю та здоров'ю пацієнта, настає: кримінально-правова (статті 131 «Неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби», 132 «Розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби», 136 «Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані», 137 «Неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей», 139 «Ненадання допомоги хворому медичним працівником», 140 «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником», 141 «Порушення прав пацієнта», 142 «Незаконне проведення дослідів над людиною», 143 «Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини», 144 «Насильницьке донорство», 145 «Незаконне розголошення лікарської таємниці» КК України [206]), адміністративно-правова (статті 42-4 «Продаж лікарських засобів без рецепта у заборонених

законодавством випадках», 44 «Незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах», 44-1 «Ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження», 44-2 «Порушення обмежень, встановлених для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності», 45. «Ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу», 45-1 «Порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів», 46 «Умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою», 46-1 «Порушення вимог режиму радіаційної безпеки в місцевостях, що зазнали радіоактивного забруднення», 46-2 «Порушення встановлених законодавством вимог щодо заняття народною медициною (цілительством)» КУпАП [185]) та цивільно-правова (ст. 1172 ЦК України «Відшкодування юридичною або фізичною особою шкоди, завданої їхнім працівником чи іншою особою» [535]) відповідальність. При цьому залишається незрозумілим, що саме слід вважати лікарською помилкою і яка конкретно відповідальність настає у разі її допущення, оскільки незаконне проведення дослідів над людиною чи насильницьке донорство не може за своїм змістом бути лікарською помилкою. Також не встановлено відмінностей між професійним правопорушенням та лікарською помилкою. Отже, довести факт лікарської помилки майже неможливо не лише через відсутність усталеного розуміння цього явища. Під лікарською помилкою наразі прийнято розуміти такий широкий спектр діянь, який, зокрема, охоплює недодержання клінічних протоколів – «уніфікованого документа, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність» (п. 2 ч. 3 ст. 14-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я) [270]. При цьому така дія чи бездіяльність за своїм змістом може бути не помилкою, а правопорушенням чи взагалі правомірною поведінкою, обумовленою станом здоров'я пацієнта.

Зі свого боку наявність розгалуженої бази клінічних протоколів забезпечує підвищення впевненості потенційних пацієнтів у тому, що обстеження і лікування буде здійснено на високому науковому рівні, а не на основі суб'єктивного розсуду, знань, досвіду і професіоналізму лікаря. Звичайно, додержання протоколів напевно не можна визнати безумовною необхідністю, зважаючи на постійний стрімкий розвиток медичної науки, виготовлення нових медичних препаратів, прогресивних лікарських засобів. Однак якщо такий відступ від клінічного протоколу відбувається необґрунтовано, без згоди пацієнта, – такі дії можна визнати непрофесійними. Зі свого боку такі дії не мають нічого спільного з порушенням трудової дисципліни, в межах якої «працівники зобов'язані працювати чесно і сумлінно, своєчасно і точно виконувати розпорядження власника або уповноваженого ним органу, додержуватися трудової і технологічної дисципліни, вимог нормативних актів про охорону праці, дбайливо ставитися до майна власника, з яким укладено трудовий договір» [183] (ст. 139 КЗпП України). Тому застосування дисциплінарного стягнення у формі догани або звільнення вбачається безпідставним, в тому числі при здійсненні лікарської помилки, яка не призвела до фатальних наслідків і суттєвого погіршення стану пацієнта, а також необґрунтованого відступу від клінічного протоколу лікування. У роботі вже було наголошено на необхідності прийняття Етичного кодексу лікаря, в тому числі для врегулювання процедури дисциплінарного провадження щодо цієї категорії медичних працівників. Водночас вищевказані діяння, як-от: лікарська помилка та відступ від протоколу в процесі лікування пацієнта – є не тільки порушеннями конституційного права особи на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне обслуговування, а й можуть призвести до суттєвого погіршення стану її здоров'я. Тому, окрім законодавчого розмежування таких діянь, актуальним є встановлення адміністративної відповідальності за такі протиправні вчинки. У зв'язку з цим пропонуємо включити до глави 5 «Адміністративні правопорушення в галузі охорони праці і здоров'я населення» КУпАП:

1) статтю 46-3 «Допущення лікарської помилки» такого змісту:

«Допущення лікарської помилки, яка не призвела до істотного погіршення стану пацієнта, –

тягне за собою накладення штрафу від тридцяти до шістдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або позбавлення права займатися лікарською практикою на строк від одного до шести місяців.

Повторне протягом року вчинення правопорушення, передбачене частиною першою цієї статті, за яке особу вже було піддано адміністративному стягненню, –

тягне за собою накладення штрафу від шістдесяти до вісімдесяти п'яти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або позбавлення права займатися лікарською практикою на строк від шести місяців до одного року».

2) статтю 46-4 «Відступ від клінічного протоколу лікування» такого змісту:

«Відступ від клінічного протоколу лікування, без отримання на це письмової згоди пацієнта, за винятком екстреної ситуації, пов'язаної з погіршенням стану здоров'я пацієнта, –

тягне за собою накладення штрафу в розмірі тридцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян».

4. Недоліки організаційно-правових аспектів реалізації термінів процедури перереєстрації лікарських засобів. Зникнення ліків з продажу під час їх перереєстрації, на жаль, залишається актуальною проблемою для сфери охорони здоров'я в Україні, тим більше коли йдеться про ті види лікарських засобів, що не мають аналогів, а тому їх доволі складно замінити [149, с. 12].

За таких умов громадяни України змушені запасатися відповідними лікарськими препаратами заздалегідь, що дуже складно (а для деяких громадян – неможливо), враховуючи низький рівень доходів населення. Водночас залишається незрозумілим сенс такої перереєстрації, адже сьогодні вона переважно пов'язана із закінченням терміну дії дозволів на ввезення та продаж ліків на території України. Така процедура є відвертим «бюрократизмом» з

безліччю негативних наслідків для громадян., адже під час процесу перереєстрації іноді порушуються законодавчо визначені строки окремих процедур, а дії фахівців є сумнівними і необґрунтованими. До того ж процедура перереєстрації урегульована чималою кількістю підзаконних нормативно-правових актів, наявність яких викликає плутанину, що може бути визнано одним із корупційних ризиків. Зважаючи на викладене, слід констатувати, що процедура перереєстрації лікарських засобів потребує повного оновлення чи скасування. Утім перевірку лікарських препаратів на безпеку та ефективність можна проводити один раз на декілька років або за умови виникнення необхідності, наприклад, при забороні використання певних речовин, що входять до складу певних лікарських засобів [149, с. 12].

Окрім того, процедура закупівлі лікарських засобів супроводжується значними корупційними скандалами та лобіюється представниками фармацевтичних компаній. Як зазначає О. Школярська, міжнародні закупівлі (ті самі, які повинні перемогти фармацевтичну мафію) заощадили 40% державних коштів. Насправді для пацієнтів, які приймають лікарські препарати, важливою є не стільки кількість, скільки якість, а також безперебійне постачання. Внаслідок непрофесіоналізму МОЗ України брак одних лікарських засобів «компенсувався» надлишком інших зі строком придатності, що спливає [542]. Наведемо ситуацію, коли за програмою реімбурсації закуплено один препарат, на який у низки пацієнтів виникла алергічна реакція або інша побічна дія. Оскільки саме ця позиція внесена у перелік, то її можна отримати зі знижкою або безкоштовно, тоді як більш ефективний препарат хворому доведеться придбати за повну ціну. Формування відповідного списку лікарських засобів має бути максимально прозорим для унеможливлення корупційного впливу великих фармакологічних корпорацій [175, с. 57].

5. Відсутність ефективних публічно-правових механізмів стимулювання охорони здоров'я кожної окремої особи. Охорона та турбота про здоров'я кожного громадянина – це не лише обов'язок держави, адже кожна особа повинна сама докладати зусилля для підтримання нормального фізичного та

психологічного стану, при якому вона має необхідний рівень працездатності та соціальної активності. Йдеться про профілактику і збереження особистого здоров'я та проведення активного дозвілля з метою підвищення імунітету. Зокрема, шляхом інформування населення про: 1) види, необхідність та можливість здійснення засобів щодо збереження здоров'я кожної особи, а також створення умов громадянам для активного відпочинку (наприклад, проведення різних спортивних ігор і свят у містах, районах, селах, селищах тощо); 2) сучасні медичні технології, заходи і способи самостійної охорони та збереження здоров'я та активного дозвілля. Така інформаційна політика повинна проводитися насамперед МОЗ України у взаємодії з Мінмолодьспорту й органами місцевого самоврядування [149, с. 12].

б. *Фокусування державної контрольної-наглядової функції на рівні органів виконавчої влади.* Згідно з ч. 5 ст. 14 і ст. 22 Основ законодавства України про охорону здоров'я [270], державний контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я реалізує МОЗ України та інші центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції. Водночас глава держави є гарантом Конституції України та закріплених в ній правових положень. Як відомо, здоров'я є найвищою соціальною цінністю, а відповідне право на медичну допомогу, медичне обслуговування та медичне страхування та механізм його забезпечення деталізовано у ст. 49 Основного закону держави. Президент України, будучи гарантом реалізації права кожного на здоров'я, на жаль, не має суттєвих контрольних-наглядових повноважень у цій сфері. В такому разі йдеться не про президентський контроль через відповідні управління в обласних адміністраціях, а про особисту участь глави держави в організаційно-правовому аспекті функціонування сфери охорони здоров'я. За таких обставин достатньо складно гарантувати населенню високий рівень якісної медичної допомоги, не маючи суттєвих «важелів впливу» на організацію надання медичної допомоги особам, окрім права законодавчої ініціативи. Між тим у п. 1 ст. 106 Конституції України визначено, що Президент України «забезпечує державну незалежність, національну безпеку і правонаступництво держави» [196].

Зі свого боку аналіз положень Закону України «Про національну безпеку» дав можливість виокремити її різні види, серед яких: військова безпека, громадська безпека та порядок, а також державна безпека – «захищеність державного суверенітету, територіальної цілісності і демократичного конституційного ладу та інших життєво важливих національних інтересів від реальних і потенційних загроз невоєнного характеру» (п. 4 ч. 1 ст. 1 Закону України «Про Національну безпеку») [400]. До національних інтересів віднесено «життєво важливі інтереси людини, суспільства і держави, реалізація яких забезпечує державний суверенітет України, її прогресивний демократичний розвиток, а також безпечні умови життєдіяльності і добробут її громадян» [400]. Наведене фактично дозволяє віднести право на здоров'я до таких інтересів, а також визначити його одним із основних чинників безпечних умов життєдіяльності та показником добробуту населення.

Водночас необхідно відзначити, що главі держави надані широкі повноваження у сфері національної безпеки та оборони, в тому числі управлінського характеру, зокрема, згідно з ч. 1 ст. 106 Конституції України, він вносить до Верховної Ради України подання про призначення Міністра оборони України, Міністра закордонних справ України (п. 10), призначення на посаду та звільнення з посади Голови Служби безпеки України (п. 14), звільняє з посад вище командування Збройних сил України, інших військових формувань; здійснює керівництво у сферах національної безпеки та оборони держави (п. 17), очолює Раду національної безпеки і оборони України (п. 18), вносить до Верховної Ради України подання про оголошення стану війни та у разі збройної агресії проти України приймає рішення про використання Збройних сил України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань (п. 19).

На підставі вказаного можна констатувати, що у сфері забезпечення національної безпеки, гарантом якої є глава держави, він наділений низкою повноважень, а у сфері охорони здоров'я, котра безпосередньо пов'язана зі станом безпеки населення, такі повноваження відсутні. Внаслідок чого

Президент України не може впливати на розвиток системи охорони здоров'я, хоча й повинен гарантувати населенню право на медичну допомогу, медичне обслуговування та медичне страхування. Окрім цього, парламент, котрий обґрунтовано повинен здійснювати контроль за дотриманням конституційних прав і свобод людини, зокрема, у сфері охорони здоров'я (з огляду на парламентсько-президентську форму правління та п. 33 ст. 85 Конституції України [196]), і який зможе ефективно взаємодіяти з главою держави в указаній сфері, фактично не має відповідних повноважень. У ст. 101 Основного закону держави вказано, що «парламентський контроль за дотриманням конституційних прав і свобод людини і громадянина здійснює Уповноважений Верховної Ради України з прав людини» [196], який має власних представників для організації своєї діяльності (ст. 11 Закону України «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини» [422]).

Отже, оптимізація організаційних засад виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я пов'язана з удосконаленням правової основи публічного адміністрування вказаною сферою та має забезпечити вирішення актуальних питань, серед яких: 1) раціоналізація кадрового складу (персоналу) сфери охорони здоров'я; 2) вирішення окремих питань трансплантації анатомічних матеріалів донора-трупа у частині надання дозволу на провадження такої процедури; 3) легалізація поняття «лікарська помилка» та її розмежування з іншими непрофесійними діями лікарів (наприклад, необґрунтованим відступом від клінічного протоколу лікування), шляхом закріплення таких діянь в адміністративно-деліктному законодавстві; 4) удосконалення процедури перереєстрації лікарських засобів; 5) проведення комплексних державних цільових програм щодо необхідності самостійного збереження та підтримання власного здоров'я (охорона здоров'я кожної окремої особи) та об'єктивного інформування про них; 6) фокусування державної контрольної-наглядової функції на рівні органів виконавчої влади [149, с. 12].

Водночас чимало визначених автором проблемних питань не можуть бути вирішені на рівні одного дисертаційного дослідження, адже багато з них потребують розгляду та обговорення на засіданнях спеціальних комісій та рецензій і зауважень провідних фахівців у цій сфері. Тому актуальними залишаються подальші дослідження у сфері охорони здоров'я як теоретичного, так і практичного характеру.

Висновки до розділу 4

Теоретико-правовий аналіз напрямів удосконалення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні дозволив отримати низку теоретичних та практичних результатів, на основних з яких, слід зупинитися окремо:

1. Досліджено досвід окремих держав щодо адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я та обґрунтовано перспективні напрями його застосування в Україні.

З'ясовано, що досвід США та держав ЄС демонструє позитивні і негативні сторони різних організаційних конструкцій побудови систем охорони здоров'я. Вбачається, що основним у впровадженні реформи в Україні має бути акцент на послідовності змін і гнучкості в пошуку оптимальних напрямів розвитку національної системи. Україні доцільно звернути увагу на можливість створення повноцінного державного фонду загальнообов'язкового медичного страхування. Вказано, що реформа фінансування системи охорони здоров'я шляхом запровадження загальнообов'язкового медичного страхування є позитивним досвідом для України, який широко використовується у багатьох зарубіжних країнах, зокрема, в Польщі.

2. Визначено перспективні шляхи вдосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. Законодавцем запропоновано модернізацію державного управління у сфері охорони здоров'я, однак національний вектор реформування не враховує передових європейських практик у медичній галузі.

Зокрема, йдеться про впровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування. Встановлено, що управлінська за своєю природою реформа не приділяє належної уваги забезпеченню медичних прав громадян, запровадженню інституту омбудсмена з прав пацієнтів.

3. Проаналізовано положення законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні та запропоновано шляхи його удосконалення. Вказано, що сьогодні перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги не є чітким, а включає лише окремі її види: динамічне спостереження, діагностика та лікування (без зазначення конкретних заходів), надання першої медичної допомоги, профілактика захворювань, надання консультативної допомоги, ведення облікової документації, призначення лікарських засобів, взаємодія із суб'єктами системи громадського здоров'я медичних виробів тощо.

4. Наголошено, що зміна організаційних засад виникнення зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я пов'язана із триваючою медичною реформою, що передбачає практичне втілення нових стандартів у сфері охорони здоров'я.

Розкрито зміну парадигми адміністративно-правових відносин від моделі «Держава → МОЗ України → лікарня → пацієнт» до «пацієнт → лікар → лікарня (комунальна, державна, приватна)». Запропоновано конкретні шляхи оптимізації, спрямовані на вирішення питань, що актуалізуються в умовах проведення медичної реформи. Рекомендовано закріпити монопольне право уповноважених органів у сфері охорони здоров'я розглядати можливість і доцільність трансплантації органів чи тканин донора-трупа.

Обґрунтовано важливість впровадження таких заходів, як: спрощення процедури перереєстрації лікарських засобів; проведення інформаційної політики серед населення щодо необхідності та можливості збереження власного здоров'я за допомогою сучасних медичних технологій і заходів; удосконалення парламентського контролю за дотриманням прав і свобод людини в сфері охорони здоров'я шляхом запровадження посади омбудсмена в зазначеній сфері.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретико-правове узагальнення та запропоновано нове вирішення наукової проблеми, що полягає у вивченні концептуальних уявлень та розробці авторської парадигми сучасних адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні, а також визначенні шляхів удосконалення їх адміністративно-правового забезпечення. За результатами проведеного дослідження сформульовано такі висновки.

1. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я визначено як окрему категорію правових відносин, які виникають у сфері охорони здоров'я за участю центрального органу виконавчої влади, що реалізує політику в цій сфері, та/або інших суб'єктів, що здійснюють публічне управління у цій сфері, пов'язані з кореспондуючими правами й обов'язками, що мають внутрішньо- і зовнішньоорганізаційний характер та спрямовані на забезпечення права кожного на охорону здоров'я, підтримку належного рівня громадського здоров'я і санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, а також реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я загалом.

До особливостей адміністративно-правових відносини у сфері охорони здоров'я віднесено те, що: а) вони виникають не лише на підставі адміністративно-правових норм, адже не менш важливе значення мають конституційні норми, які створюють фундамент для розбудови адміністративно-правових відносин; б) ці правовідносини виникають і реалізуються з приводу формування та втілення державної політики у сфері охорони здоров'я; в) державна політика у сфері охорони здоров'я охоплює більш широке коло напрямів, які прямо не стосуються сфери охорони здоров'я, а тяжіють до сфери соціального забезпечення; г) з огляду на місце державної політики у сфері охорони здоров'я можна стверджувати, що одна зі сторін адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я завжди буде представлена одним із цих суб'єктів: Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Президент України, МОЗ України, інші центральні і місцеві органи виконавчої влади, органи

місцевого самоврядування; г) наявність чітко визначеної мети – приведення процедур надання медичної допомоги та медичних послуг відповідно до міжнародних стандартів, а також системне удосконалення організації роботи системи охорони здоров'я; д) адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я передбачають здійснення дій нормативного та розпорядчого характеру, які безпосередньо не стосуються провадження медичної практики, але завдяки першим стає можливою реалізація останньої.

2. Виявлено, що адміністративні відносини у сфері охорони здоров'я відрізняються від усіх інших відносин своїм змістом та призначенням, що пов'язане з їх владно-управлінським характером для забезпечення якісного та ефективного функціонування системи охорони здоров'я, від якого залежить повнота реалізації права кожного на охорону здоров'я. З'ясовано, що наслідки розвитку адміністративно-правових відносин відбиваються на кожному з інших видів юридичних відносин, що мають місце у сфері охорони здоров'я. Наприклад, втілення державної політики, спрямованої на удосконалення цієї сфери може бути підставою виникнення, зміни та припинення: трудових правовідносин – у випадках вирішення кадрових проблем; цивільно-правових відносин – у разі зміни умов надання медичних послуг; господарських правовідносин – у процесі змін умов виробництва медичних препаратів, лікарських засобів або здійснення підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

Зроблено висновок, що зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я не зводиться до єдиного аспекту, виду чи напрямку діяльності. За своїм змістом вони теж відрізняються одні від одних. Це пов'язано насамперед із різноманітністю управлінської діяльності, множинністю суб'єктів, які беруть участь у цьому процесі, та рівнями, на яких вони здійснюються.

3. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні за напрямом їх розвитку поділено на внутрішньоорганізаційні та зовнішні (зовнішньоорганізаційні). Під внутрішньоорганізаційними адміністративно-правовими відносинами у сфері охорони здоров'я розуміються суспільні відносини, що виникають за участю органів державної влади, органів місцевого

самоврядування, їх посадових осіб, рідше – недержавних інституцій, у процесі яких останні реалізують управлінські повноваження, передбачені законодавством, щодо організаційно-методичного, кадрового, матеріального, фінансового забезпечення роботи локальних інституцій системи охорони здоров'я, здійснення контролю та нагляду, а також провадження господарської діяльності комерційного характеру, з метою забезпечення системного та ефективного функціонування системи охорони здоров'я на всіх рівнях задля створення умов для надання медичної допомоги та медичного обслуговування.

Наголошено, що зовнішні адміністративно-правові відносини призначені для врегулювання найважливіших принципів функціонування сфери охорони здоров'я. Це правові відносини між органами публічної влади та іншими державними і недержавними інституціями, які виникають у сфері охорони здоров'я, зокрема щодо реалізації державної політики у цій сфері, надання адміністративних послуг, а також міжнародного співробітництва задля здійснення безпосереднього впливу на систему охорони здоров'я під час вирішення питань з реалізації права кожного на охорону здоров'я та організації медичного обслуговування населення, переважно шляхом встановлення, застосування і реалізації адміністративно-правових норм.

4. Здійснено аналіз сучасного стану адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні та виявлено його позитивні і негативні аспекти. Серед позитивних – належне нормативно-правове забезпечення основних складових сфери охорони здоров'я. Водночас прийняття нових правових норм доцільно проводити за попереднім аналізом, що здійснюватиметься спеціально утвореним органом при МОЗ України принаймні на період проведення медичної реформи.

У межах реформи фінансування системи охорони здоров'я актуальною залишається належна систематизація нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, насамперед шляхом кодифікації через їх значний обсяг і розгалуженість.

На підзаконному рівні потребують належного унормування окремі питання внутрішньої організації системи охорони здоров'я. Йдеться про відповідну оплату

праці медичних працівників згідно з обсягом наданих ними послуг, впровадження електронного документообігу (електронні карти пацієнтів, електронні рецепти), корпоративну медичну етику, засновану на міжнародних стандартах, впровадження дієвого алгоритму «гроші ходять за пацієнтом» тощо.

Характеризуючи адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я, необхідно враховувати не лише їх зовнішні форми і чинники, що впливають на виникнення та розвиток цих правовідносин, а й внутрішню складову (структуру), яка відображає зміст, оскільки вона впливає на зовнішню форму таких відносин, а також позначається на безпосередньому впливі на організацію сфери функціонування охорони здоров'я. Тому під час перспективних наукових пошуків доцільно приділяти увагу структурі адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я (об'єкт, зміст та суб'єкти).

5. Зроблено висновок, що структура адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – це внутрішній склад правовідносин, що охоплює суб'єкт, об'єкт і зміст правовідносин з приводу організації управління охорони здоров'я у державі. Між кожним із елементів структури цих правовідносин є логіко-правові зв'язки, що дають можливість підтримувати конструкцію правовідносин та спрямовані на їх цілісне розуміння. В елементах структури адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я проявляється діяльність з організації управління охороною здоров'я у державі. Саме цим вони відрізняються від структурних елементів правовідносин лікар-пацієнт, що побудовані на логіко-правовому зв'язку задоволення приватного інтересу пацієнта у сфері індивідуальної охорони здоров'я. При цьому організація охорони здоров'я охоплює і захист права кожної людини на охорону здоров'я.

У структурі адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я проявляється як публічний (задоволення потреб суспільства в охороні здоров'я, зокрема, шляхом створення спеціалізованих органів виконавчої влади, формування відповідної державної політики), так і приватний (охорона здоров'я окремої людини) інтерес. Вказані інтереси, а також наявність публічних і

приватних суб'єктів обумовлює особливість побудови взаємних прав та обов'язків у змісті адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.

Для суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я характерна: 1) обов'язкова участь суб'єкта владних повноважень у сфері охорони здоров'я; 2) спрямованість дій суб'єкта на реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я; 3) набуття правосуб'єктності з моменту виникнення відповідного адміністративно-правового статусу у сфері охорони здоров'я; 4) наявність у суб'єкта публічного інтересу з охорони здоров'я у державі. Об'єктам адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я властиві: 1) відповідна сфера існування – охорона здоров'я; 2) реалізація публічного інтересу з охорони здоров'я у державі; 3) виникнення внаслідок здійснення повноважень суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. Зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я характеризується таким: 1) діяльність суб'єктів визначається у межах адміністративної правосуб'єктності у сфері охорони здоров'я; 2) суб'єкти можуть діяти або утримуватися від дій виключно у спосіб, передбачений адміністративно-правовими нормами; 3) уповноважена особа, яка наділена владними повноваженнями, завжди має право вимагати від зобов'язальної особи певної дії; 4) можливість захисту порушених прав та обов'язків в адміністративному порядку.

6. Зроблено висновок, що суб'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – це особа, яка має правосуб'єктність для участі в організаційно-управлінських відносинах з охорони здоров'я з метою реалізації публічного інтересу. Суб'єкти адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я у вигляді держави та її уповноважених органів залежно від напрямів державної політики поділяються на три групи: 1) суб'єкти адміністративно-правових відносин, що формують державну політику у сфері охорони здоров'я (Верховна Рада України, Комітет з питань охорони здоров'я Верховної Ради України, Верховна Рада Автономна Республіка Крим, органи місцевого самоврядування); 2) суб'єкти адміністративно-правових відносин, що

реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я (Кабінет Міністрів України, МОЗ України, інші центральні органи виконавчої влади (НСЗУ, Держлікслужба, Центр громадського здоров'я), Рада міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, а також органи місцевого самоврядування реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством); 3) суб'єкти адміністративно-правових відносин, що здійснюють контроль і нагляд у цій сфері (МОЗ України, Держлікслужба).

Органи місцевого самоврядування як суб'єкти адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я мають власну специфіку. Ці органи наділені повноваженнями як формувати, так і реалізовувати державну політику у сфері охорони здоров'я у певному регіоні та місцевості. Органи місцевого самоврядування наділені владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я. Функціями органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я є: 1) регулятивна функція; 2) функція управління закладами охорони здоров'я, що належать територіальній громаді на праві комунальної власності; 3) установча функція; 4) забезпечувальна функція щодо фінансування сфери охорони здоров'я, шляхом передбачення статті витрат у місцевому бюджеті; 5) організаційна функція у сфері охорони здоров'я; 6) стимулююча функція, яка використовується для стимулювання медичних працівників щодо праці у сільській місцевості; 7) контролююча функція.

Іншими суб'єктами, які наділені владними повноваженнями, є НСЗУ, Держлікслужба, Центр громадського здоров'я МОЗ України (здійснює діяльність у сфері громадського здоров'я). Їх повноваження спрямовані на формування балансу інтересів між державою (зкладами охорони здоров'я, виробниками лікарських препаратів, медичного обладнання) та пацієнтом. Цей баланс інтересів проявляється у тому, що публічний інтерес спрямований на ефективне управління охороною здоров'я, а приватний інтерес пацієнта – на отримання результативних та безпечних методів, засобів лікування.

7. Наголошено, що суб'єктами, які не наділені владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я в Україні, є пацієнти, заклади охорони здоров'я, представники громадськості. Об'єднуючою ознакою цих суб'єктів є те, що вони не наділені владними повноваженнями, їх діяльність не забезпечена державним примусом. Тому їх правовий статус в адміністративно-правових відносинах має власну специфіку, що обумовлено метою їх вступу у правовідносини та обсягом їх повноважень.

До суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері управління охорони здоров'я, які не наділені владними повноваженнями слід віднести пацієнтів, заклади охорони здоров'я, Раду громадського контролю НСЗУ, спостережну та опікунську ради закладів охорони здоров'я. Кожен з цих суб'єктів виконує самостійні функції у правовідносинах у сфері управління охороною здоров'я. Так, пацієнт є обов'язковим суб'єктом цих правовідносин, оскільки на задоволення його інтересів з отримання якісних медичних послуг спрямовується вся діяльність органів у сфері управління охороною здоров'я.

Доведено, що адміністративні правовідносини у сфері охорони здоров'я виникають не внаслідок звернення пацієнта, а з моменту задоволення публічного інтересу у побудові системи управління охорони здоров'я. Така побудова призводить до того, що пацієнт не отримує первинність статусу, в адміністративних правовідносинах він є кінцевим суб'єктом – отримувачем ефекту управляючої діяльності публічних органів у сфері охорони здоров'я.

Запропоновано визначення поняття «пацієнт», під яким розуміється фізична особа, яка замовила медичну послугу для особистих потреб та/або звернулася за медичною допомогою у разі необхідності надання ургентної медичної допомоги.

8. Об'єкт адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я визначено як результат управління у вигляді отримання позитивного ефекту внаслідок реалізації публічного інтересу щодо охорони здоров'я у державі у формі діяльності суб'єктів у сфері охорони здоров'я. Запропоноване поняття базується на концепції об'єкта блага та поведінки. Цей об'єкт має власну специфіку, оскільки існує у межах правовідносин з управління охороною здоров'я. Під

об'єктом медичних правовідносин запропоновано розуміти результат діяльності з медичного обслуговування пацієнта, що є предметом медичної послуги тощо.

9. Зміст адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – це система суб'єктивних прав і юридичних обов'язків суб'єктів, що мають правосуб'єктність у сфері охорони здоров'я та реалізують публічний інтерес з охорони здоров'я. Змістом правовідносин охоплюються такі елементи: суб'єктивні права, юридичні обов'язки, повноваження, юридична відповідальність. Зміст сучасних адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я отримав комплексний характер, оскільки, крім суб'єктів, наділених владними повноваженнями, у цих правовідносинах мають право брати участь суб'єкти, не наділені владними повноваженнями. Особливість цих суб'єктів полягає в тому, що вони не виступають уповноваженими особами, їх діяльність побудована на диспозитивному методі правового регулювання. Це прояв проникнення елементів приватного права у публічне. Така тенденція є взаємною, що наразі виникає між публічним та приватним правом.

Особливість змісту адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я полягає в наявності уповноваженого суб'єкта, а також публічного інтересу у вигляді охорони громадського здоров'я, який є якісним елементом змісту адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я.

10. Систему принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні визначено як багатокomпонентне ієрархічне утворення структурованих принципів і норм-принципів (закріплених у національному та міжнародному законодавстві) та інших положень у формі керівних засад та ідей, переважно юридичного, управлінського та медичного характеру, які стосуються функціонування системи охорони здоров'я, зокрема провадження медичної практики та організації роботи медичного персоналу.

Складовими елементами такої системи є: загальноправові принципи, принципи адміністративного права, принципи державного управління, принципи охорони здоров'я, принципи реформування системи охорони здоров'я, міжнародні принципи у сфері охорони здоров'я.

11. Формами забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні є: правові та неправові. Реалізація правових форм призводить до правових наслідків – виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я, саме тоді, коли здійснення неправових форм прямо не призводить до юридично значимих наслідків, але сприяє реалізації правових форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я. Окремим видом правових форм забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні є адміністративно-правові форми, до яких віднесено: діяльність, пов'язану з прийняттям законів та інших нормативно-правових актів, а також виданням актів управління нормативного та індивідуального характерів; підготовку та прийняття юридично-значущих рішень у сфері охорони здоров'я на підставі правових норм; укладення адміністративних договорів; надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я; здійснення інших дій, які мають юридичне значення та тягнуть правові наслідки в межах системи охорони здоров'я.

Під методами забезпечення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні розуміється комплекс неоднорідних засобів, прийомів і способів імперативного та диспозитивного характерів, які застосовуються уповноваженими суб'єктами з метою забезпечення функціонування та прогресивного розвитку сфери охорони здоров'я шляхом прямого та опосередкованого впливу на адміністративно-правові відносини, що виникають у цій сфері.

Характерними рисами адміністративно-правових методів забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні визначено: засоби, прийоми, способи, які є неоднорідними за своїм змістом і сутністю та характеризуються як імперативністю, так і диспозитивністю; вони застосовуються лише уповноваженими суб'єктами, як правило, органами державної влади, рідше – фізичними та юридичними особами державної та приватної форм власності; їх застосування спрямоване на виконання проміжних завдань, які ставляться в межах системи охорони здоров'я та досягнення загальної мети – забезпечення функціонування та прогресивний розвиток сфери охорони здоров'я; досягнення

вказаних проміжних завдань і загальної мети стає можливим, в тому числі за рахунок упорядкування адміністративно-правових відносин, що формуються у сфері охорони здоров'я за допомогою застосування конкретних методів; включають в себе не тільки класичні юридичні методи. Їх зміст межує між юриспруденцією та державним управлінням, а також доповнюються іншими видами методів – економічними та психологічними.

12. Зроблено висновок, що адміністративні процедури у сфері охорони здоров'я поряд із загальними рисами, характерними для всіх адміністративних процедур, мають власну специфіку, яка переважно відображається в об'єктах, суб'єктах і змісті таких процедур. З'ясовано, що адміністративні процедури передбачають діяльність суб'єктів управління (органів державної виконавчої влади), пов'язану з розглядом і вирішенням адміністративних справ або укладенням адміністративних договорів, регламентовану національним законодавством, що здійснюється з метою забезпечення функціонування тієї чи іншої сфери, а також гарантування прав і свобод осіб.

Обґрунтовано необхідність уніфікації законодавства щодо здійснення адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я (реєстрація, надання дозволів і ліцензій, інспектування, контроль і нагляд, проведення експертизи, екзаменування, акредитування, а також укладення адміністративних договорів). Наслідком такої уніфікації має бути прийняття Закону України «Про здійснення деяких адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я», у якому необхідно визначити єдині терміни, організаційно-функціональні засади здійснення адміністративних процедур, учасників таких процедур, їх повноваження та обов'язки, а також особливості проведення окремих адміністративних процедур (наприклад, екзаменаційної процедури або процедури акредитації).

13. Обґрунтовано, що основними способами забезпечення законності у сфері охорони здоров'я є контроль і нагляд, які розрізняються за низкою ознак, зокрема суб'єктами та наслідками здійснення обох видів діяльності. Водночас, контроль і нагляд мають спільною метою попередження та виявлення

правопорушень у сфері охорони здоров'я, внаслідок чого особи, винні у їх вчиненні, притягуються до юридичної відповідальності. Важливою складовою здійснення наглядової діяльності є участь громадськості у роботі спостережних рад закладів охорони здоров'я.

Зроблено висновок про наявність у положеннях чинного КУпАП низки спірних юридичних моментів, прогалин та положень, що не відповідають вимогам сьогодення. Однією з основних проблем визначено необхідність перегляду обсягів штрафних санкцій за вчинення адміністративних правопорушень у сфері охорони здоров'я в бік збільшення.

Запропоновано виокремити адміністративні правопорушення у сфері охорони здоров'я зі складу глав КУпАП у самостійну главу, яка могла б отримати назву «Адміністративні медичні правопорушення».

14. Доведено, що у більшості зарубіжних країн, чий досвід адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я можна вважати позитивним, здійснюються реформи джерел фінансування системи охорони здоров'я шляхом запровадження загальнообов'язкового медичного страхування або державної системи фінансування в поєднанні з додатковими механізмами фінансування медичної допомоги.

З урахуванням досвіду зарубіжних держав визначено основні заходи для запровадження оптимальної моделі організації системи охорони здоров'я в Україні: встановлення додаткових гарантії для малозабезпечених верств населення шляхом розроблення та фінансування соціальних програм доступності медичної допомоги (за зразком програм Medicare та Medicaid); застосування граничних максимальних цін на медичні послуги, що надаються приватними закладами охорони здоров'я; запровадження обов'язкового платежу до страхового фонду з доходу юридичних осіб, які використовують найману працю в кількості не менше 100 осіб або сукупний річний дохід яких перевищує 5 млн. грн., з поступовим розширенням груп платників внеску; подальше охоплення медичним страхуванням усього працюючого населення; розробка державних програм профілактики захворювань тощо.

15. Зроблено висновок, що в межах управлінської діяльності суб'єкти владних повноважень у сфері охорони здоров'я здійснюють державно-правове регулювання шляхом застосування інструментів прямого управлінського впливу та ухвалення регулятивних нормативно-правових актів. З'ясовано, що основна проблема застосування цього інструмента полягає в тому, що більшість нормативно-правових актів направлена на зміну системи фінансування охорони здоров'я в Україні. Однак у контексті європейської інтеграції основну увагу слід зосередити на вдосконаленні механізмів дотримання медичних прав громадян. Тому з метою належного забезпечення і захисту прав пацієнтів доцільно прийняти Закон України «Про гарантії прав пацієнта» та запровадити інститут Уповноваженого Верховної Ради України з прав пацієнтів. На місцевому рівні запропоновано зобов'язати медичні заклади призначати осіб, відповідальних за дотримання прав пацієнтів.

Доведено, що оптимізація організаційних засад виникнення, зміни та припинення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я пов'язана з удосконаленням правової основи публічного адміністрування вказаною сферою та має забезпечити вирішення актуальних питань, серед яких: раціоналізація кадрового складу (персоналу) сфери охорони здоров'я; вирішення окремих питань трансплантації анатомічних матеріалів донора-трупа у частині надання дозволу на провадження такої процедури; легалізація поняття «лікарська помилка» та її розмежування з іншими непрофесійними діями лікарів (необґрунтованим відступом від клінічного протоколу лікування), шляхом закріплення таких діянь в адміністративно-деліктному законодавстві; удосконалення процедури перереєстрації лікарських засобів; проведення комплексних державних цільових програм щодо необхідності самостійного збереження та підтримання власного здоров'я (охорона здоров'я кожної окремої особи) та об'єктивного інформування про них; фокусування державної контрольної-наглядової функції на рівні органів виконавчої влади.

Наголошено на необхідності законодавчого розмежування лікарської помилки та відступу від протоколу в процесі лікування пацієнта, встановлення

адміністративної відповідальності за такі протиправні вчинки. У зв'язку з цим запропоновано включити відповідні зміни до КУпАП, зокрема доповнити главу 5 статтями 46-3 «Здійснення лікарської помилки» та 46-4 «Відступ від клінічного протоколу лікування».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янов В. Б. Адміністративне право України. Академічний курс: підручник: в 2 т. К.: Видавництво «Юридична думка», 2004. Т. 1. Загальна частина. 584 с.
2. Авер'янов В. Б. Вибрані наукові праці / О. Ф. Андрійко, В. П. Нагребельний, Л. Є. Кисіль, Ю. С. Педько, В. А. Дерещ, А. А. Пухтецька, А. В. Кірмач, Л. В. Люлька; за заг. ред. Ю. С. Шемшученко, О. Ф. Андрійко. Київ: Інститут держави і права ім. В. М. Корецького НАН України, 2011. 448 с.
3. Аврамова О. Є. До проблеми визначення об'єкта житлових правовідносин. *Право і Безпека*. 2016. № 2. С. 103–108.
4. Аврамова О. Є. Юридичні факти у механізмі правового регулювання житлових відносин. *Право і безпека*. 2017. № 3 (66). С. 113–116.
5. Административное право Украины. 2-е изд. / под ред. Ю. П. Битяка. Харьков: Право. 2003. 576 с.
6. Административное право: учебник / Д. Н. Бахрах, Б. В. Россинский, Ю. Н. Стариков. М.: «Норма», 2007. 816 с.
7. Адміністративна діяльність органів внутрішніх справ. Загальна частина: підручник / за заг. ред. О. П. Рябченко. Харків: Вид-во Харк. нац. ун-ту внутр. справ, 2009. 256 с.
8. Адміністративне право України. Академічний курс. Підруч.: у двох томах: Том 1. Загальна частина / ред. колегія: В. Б. Авер'янов (голова). Київ: Видавництво «Юридична думка», 2004. 584 с.
9. Адміністративне право України. Навч. посіб. У 2-х томах. / за заг. ред. В. В. Галунько. Херсон: ХМТ. 2011. Т. 1. Загальне адміністративне право. 320 с.
10. Адміністративне право України. Повний курс: підручник / В. В. Галунько, П. В. Діхтієвський, О. В. Кузьменко, С. Г. Стеценко та ін. Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2018. 446 с.

11. Адміністративне право України: навчальний посібник / В. В. Галуцько, В. І. Курило, С. О. Короед, О. Ю. Дрозд, І. В. Гиренко та ін.; за заг. ред. В. В. Галуцька. Херсон: Грінь Д. С., 2015. 272 с.

12. Адміністративне право України: підручник / за заг. ред. Т. О. Коломоець. Київ: Істина, 2008. 457 с.

13. Адміністративне право України: підручник / Ю. П. Битяк, В. В. Богущкий, В. М. Гаращук та ін.; за ред. Ю. П. Битяка. Х., 2000. 520 с.

14. Адміністративне право України: підручник / Ю. П. Битяк, В. М. Гаращук, О. В. Дьяченко та ін.; за ред. Ю. П. Битяка. К.: «Юрінком Інтер», 2006. 544 с.

15. Адміністративне право: підручник / за заг. ред. Ю. П. Битяка, В. М. Гаращука, В. В. Зуй. 2-ге вид. перероб. та допов. Харків: Право. 2012. 656 с.

16. Адміністративне право: підручник / Ю. П. Битяк, В. М. Гаращук, В. В. Богущкий та ін.; за заг. ред. Ю. П. Битяка, В. М. Гаращука, В. В. Зуй. Х.: Право, 2010. 624 с.

17. Адміністративний договір щодо застосування Угоди між Україною та Республікою Польща про соціальне забезпечення від 18.05.2012. *Офіційний вісник України*. 2014. № 26. Ст. 770.

18. Алексеев С. С. Общая теория права. М.: Юрид. лит., 1981. 361 с.

19. Алексеев С. С. Общая теория права: курс в 2-х томах. Москва: Юрид. лит., 1982. Т. 2. 360 с.

20. Алексеев С. С. Общая теория социалистического права. Курс лекций: Учебное пособие. Вып. 2. Свердловск: Сред.-Урал. кн. изд-во, 1964. 226 с.

21. Алфьоров С. М., Ващенко С. В., Долгополова М. М., Купін А. П. Адміністративне право. Загальна частина: навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2011. 216 с.

22. Алфьоров С. М. Адміністративне право України. Загальна частина / С. М. Алфьоров. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 216 с.

23. Антикорупційна програма Національної служби здоров'я України на 2019-2020 роки: наказ Національної служби здоров'я України від 28.12.2018 № 206. URL: <https://nazk.gov.ua/wp-content/uploads/2019/05/Natsionalna-sluzhba-zdorovya-Ukrayiny-9.pdf>.

24. Ахламова А. Г., Кусик Н. Л. Економіка та фінансування галузі охорони здоров'я: навчально-методичний посібник. Одеса: ОРІДУ НАДУ при Президентіві України, 2011. 111 с.

25. Аюпова Р. М. Адміністративно-правові відносини за участю господарських судів в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Х., 2017. 253 с.

26. Аюпова Р. М. Адміністративно-правові відносини за участю господарських судів в Україні: монографія / Р. М. Аюпова. Харків: Стильна типографія, 2017. 239 с.

27. Бахрах Д. Н. Административное право России: учебник для вузов. Москва: Норма. 2002. 444 с.

28. Бахрах Д. Н. Административное право: учебник. М.: БЕК, 1996. 355 с.

29. Бахрах Д. Н. Административное право России: учебник. М.: БЕК, 1997. 368 с.

30. Бахрах Д. Н. Важные вопросы науки административного права. *Государство и право*. 1993. № 2. С. 32–43.

31. Беденко-Зваридчук О. А. Лікарська помилка: причини та наслідки. *Медичне право*. 2012. № 3. С. 64–66.

32. Бережна Ю. В., Іванов Ю. Б. Інструментарій державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. *Економіка і регіон*. 2014. № 4. С. 101–106.

33. Бедний О. І. Внутрішньо-організаційні відносини в органах публічної влади та їх апаратах як складова предмета адміністративного права. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Право. 2016. Вип. 40(1). С. 131–134.

34. Біла Л. Р., Ківалов С. В. Адміністративне право України: навчально-методичний посібник. О., 2002. 107 с.

35. Білей М. В. Організаційні форми реалізації державного управління. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2016. № 7. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=986>.
36. Бойко І. В., Зима О. Т., Соловійова О. М. Адміністративна процедура: конспект лекцій. Харків: Право, 2017. 132 с.
37. Болотіна Н. Б. Медичне право у системі права України. *Право України*. 1999. № 7. С. 116–121.
38. Большой толковый словарь русского языка. СПб.: Норинт, 2000. 1536 с.
39. Большой толковый словарь современного украинского языка / глав. ред. В. Т. Бусел, редакторы-лексикографы В. Т. Бусел, М. Д. Василега-Дерибас, А. В. Дмитриев, Г. В. Латинки, Г. В. Степенко. М.: Ирпень: ПТФ «Перун», 2005. 1728 с.
40. Большой юридический словарь. М.: ИНФРА-М, 1999. 790 с.
41. Бондарева Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Одеса, 2014. 263 с.
42. Боняк В. О., Завгородній В. А., Самоутуга А. В., Філянїна Л. А. Конституційне право України: навч. Посібник. Дніпро: Дніпроп. Держ. Ун-т внутр. Справ, 2017. 293 с.
43. Бородін І. Л., Бортник В. А. Адміністративна відповідальність: навч. посібник. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2011. 136 с.
44. Бородовський С. О. Укладення, зміна та розірвання договору у цивільному праві України: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2005. 209 с.
45. Бортник В. А. Адміністративне право України: навч. посібник. К.: ДП «Вид. дім «Персонал»», 2012. 222 с.
46. Булеця С. Б. Цивільно-правові відносини у галузі медичної діяльності: проблеми теорії та практики: монографія. Ужгород: Поліграфцентр «Ліра». 2015 600 с.
47. Бусел В. Т. Великий тлумачний словник сучасної української мови. К.; Ірпінь: Перун, 2004. 1440 с.

48. Бусел В. Т. Великий тлумачний словник сучасної української мови. К.: Ірпінь: Перун, 2005. 1728 с.
49. Бюджет Львова на 2018 рік. URL: https://city-adm.lviv.ua/public-information?task=listcats&cat_id=1633.
50. Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 № 2456-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>.
51. Васюк Н. О. Розвиток повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2010_2_12.
52. Васюк Н. О., Мельник Л. А., Радиш Я. Ф. Менеджмент в охороні здоров'я. Управління організаціями у сфері охорони здоров'я: конспекти лекцій. К.: НАДУ, 2015. 92 с.
53. Вітвіцький С. С. Контроль як гарантія законності діяльності публічної адміністрації: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Харків, 2016. 39 с.
54. Віткова В. С. Конституційне право на медичну допомогу та його конституційне забезпечення в Україні: дис. ... канд. юр. наук: спец. 12.00.02. Ужгород, 2017. 208 с.
55. Вовк І. А. Як право впливає на економічні відносини: аналіз стадії правового регулювання. *Економічна теорія та право*. 2015. № 3. С. 89–101.
56. Водний кодекс України від 06.06.1995 № 213/95-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/213/95-%D0%B2%D1%80>.
57. Волинка К. Г. Теорія держави і права: навч. посіб. К.: МАУП, 2003. 240 с.
58. Воробйов В. В. Адміністративно-правове регулювання сфери охорони здоров'я: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Запоріжжя, 2012. 20 с.
59. Галай В. О. Способи захисту прав пацієнтів в Україні. Науково-практичний посібник. Київ. 2008. 74 с.
60. Галуцько В. В., Олефір В. І., Гридасов Ю. В. Адміністративне право України: підручник: у 2-х т. Херсон: ХМД, 2013. Т. 1. Загальне адміністративне право. Академічний курс. 396 с.

61. Гаращук В. М. Теоретико-правові проблеми контролю та нагляду у державному управлінні: дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Х., 2003. 412 с.

62. Гаращук І. В. Контрольна функція постійних комісій представницьких органів місцевого самоврядування. *Форум права*. 2014. № 4. С. 66–70.

63. Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» (прийнята 18-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асамблеєю, Гельсінкі, Фінляндія) від 01.10.2008. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005.

64. Герц А. А. Договірні зобов'язання у сфері надання медичних послуг: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2016. 421 с.

65. Герц А. А. Медична послуга як об'єкт правового регулювання. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія: Юриспруденція. 2015. № 15. Т. 2. С. 11–13.

66. Гладун З. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я за законодавством України. *Вісник Національної академії правових наук України*. 2014. № 1(76). С. 103–111.

67. Гладун З. С. Адміністративне право України: опорні конспекти лекцій. Тернопіль: Вид-во ТАНГ, 2002. 226 с.

68. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія. Тернопіль: «Економічна думка», 2005. 460 с.

69. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я: монографія. Тернопіль: Екон. думка, 2005. 460 с.

70. Гладун З. С. Концептуальні засади державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції 19-20 квітня 2007 р., Львів, 2007. С. 73–79.

71. Гладун З. С. Проблеми формування галузі медичного права в Україні. *Вісник Львівського національного медичного університету*. 2005. № 3. С. 63–79.
72. Гончарук С. Т. Адміністративне право України: навчальний посібник. К., 2000. 240 с.
73. Горинь М. О. Поняття господарських відносин у системі охорони здоров'я України: економічний підхід. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2012. № 749: «Логістика». С. 24–28.
74. Господарське право України підручник: у 2 ч. / О. Б. Андреева, Ю. М. Жорнокуй, О. П. Гетманець та ін. Харків, 2014. Ч. 1. 340 с.
75. Господарське право України: навч. посібник / В. С. Воронко, Т. С. Чебикіна; за заг. ред. С. В. Несиної. К.: Центр учбової літератури, 2012. 564 с.
76. Господарський кодекс України: Закон України від 16.01.2003 № 436-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15>.
77. Гревцова Р. Ю. Медичне право України: сучасний стан і перспективи розвитку. Перший Всеукраїнський конгрес з медичного права і соціальної політики (14-15 квітня 2007 року, м. Київ): збірник тез доповідей (науково-практичне видання) / упор. Р. Ю. Гревцова, А. В. Степаненко. К., 2007. С. 9–11.
78. Грицаєнко Л. Р. Державний контроль і прокурорський нагляд: сутність та співвідношення. *Вісник Національної академії прокуратури України*. 2012. № 2. С. 34–38.
79. Громадська експертиза діяльності органів виконавчої влади в Україні: організація та проведення: практ. посіб. / О. В. Літвінов, О. В. Тинкован, Н. М. Літвінова та ін.; за заг. ред. О. В. Літвінова. Д.: МОНОЛІТ, 2010. 180 с.
80. Гуржій Т. О. Адміністративне право: посібник. К.: КНТ; Х.: Бурун і К, 2011. 680 с.
81. Гусарєв С. Д., Тихомиров О. Д. Юридична деонтологія (Основи юридичної діяльності): навчальний посібник. К.: Знання, 2005. 655 с.

82. Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я. Прийняті Всесвітньою медичною асамблеєю, Нью-Йорк, США, жовтень 1963 рік. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_004.

83. Двойничков Ю. А. Объект правоотношения в контексте правового времени. *Вестник Пермского университета. Юридические науки*. 2014. Вып. 1 (23). С. 29–36.

84. Декларація стосовно трансплантації людських органів (прийнята 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Мадрид, Іспанія) від 30.10.1987. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_330.

85. Декларація щодо незалежності та професійної свободи лікаря (прийнята 38-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Ранчо Міраж, Каліфорнія, США) від 30.10.1986. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_326.

86. Денисова А. В. Про співвідношення контролю та нагляду в чинному законодавстві: проблемні питання визначення. *Науковий вісник Ужгородського національного університету серія право*. 2016. Вип. 41. Т. 2. С. 30–37.

87. Державна політика та стратегія в галузі охорони здоров'я. Навч. посібник. Харків : ХМАПО, 2003. 96 с.

88. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. монографія: у 2 ч. / за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. К.: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

89. Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», 2019. Офіційний сайт. URL: <https://phc.org.ua/pro-centr>.

90. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтєвої; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. 424 с.

91. Державне управління охороною здоров'я України: монографія / В. В. Лазоришинець, Г. О. Слабкий, Н. П. Ярош та ін. Київ. 2014. 312 с.

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

93. Державні реєстри. URL: <http://dls.gov.ua/%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%B6%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D1%96-%D1%80%D0%B5%D1%94%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B8/>.

94. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.02.2019 № 446. *Офіційний вісник України*. 2019. № 26. Ст. 937.

95. Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби: постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2017 № 348. *Офіційний вісник України*. 2017. № 43. Ст. 1329.

96. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я затверджені: постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018. № 411. *Офіційний вісник України*. 2018. № 46. Ст. 1604.

97. Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу: постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2007 № 926. *Офіційний вісник України*. 2007. № 52. Ст. 2124.

98. Деякі питання Ради громадського контролю при Національній службі здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 271. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/271-2018-%D0%BF>.

99. Деякі питання реімбурсації лікарських засобів: постанова Кабінету Міністрів України від 16.07.2019 № 577. *Офіційний вісник України*. 2019. № 21. Ст. 716.

100. Деякі питання соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах, у тому числі таких, що можуть загрожувати їх життю та здоров'ю: Постанові Кабінету Міністрів України від 03.10.2018 № 800. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/800-2018-%D0%BF>.

101. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410. *Офіційний вісник України*. 2018. № 45. Ст. 1570.

102. Дічко Г. О. Теоретико-правові засади медичного права в Україні в контексті правової глобалізації: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01. Запоріжжя, 2017. 286 с.

103. Дічко Г. О. Медичні правовідносини як предмет регулювання медичного права. *Национальный юридический журнал: теория и практика*. 2017. С. 9–12. URL: <http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2017/1/2.pdf>.

104. Дічко Г. О. Порівняльний аналіз правового забезпечення та організації охорони здоров'я у зарубіжних країнах. *Порівняльно-аналітичне право*. 2017. № 4. С. 16–19.

105. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників (Вип. 78 Охорона здоров'я): наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 № 117. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02>.

106. Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину щодо трансплантації органів і тканин людини від 24.01.2002. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_684.

107. Долгіх Н. П., Марущак В. П. Трудове право: навч. посібник. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2011. 252 с.

108. Долинний А. В. Адміністративно-правове забезпечення Національною поліцією України публічної безпеки і порядку під час проведення масових заходів: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. К, 2017. 198 с.

109. Доліненко Л. О., Сарновська С. О. Цивільне право України: навч. посібник. К.: МАУП, 2005. 384 с.

110. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України / за загальною редакцією В. Г. Черенка та В. М. Рудого. URL: http://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf.

111. Дроздова О. Щодо питання про зміст поняття «пацієнт» *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. Серія: Право. 2015. № 1151, вип. 19. С. 189–193.

112. Дудар С. К. Теоретичні проблеми визначення юридичного терміну «законодавство» у вітчизняній юридичній науці. *Право і суспільство*. 2014. № 2. С. 3–9.

113. Електронна петиція Про створення на Україні мережі медичних мобільних клінік, пересувних медичних комплексів, медичних пунктів та кабінетів № 22/071354-еп. Сайт офіційного інтернет-представництва Президента України. URL: <https://petition.president.gov.ua/petition/71354>.

114. Електронні петиції до Кабінету Міністрів України Легалізація легких наркотиків. Офіційний веб-сайт Кабінету Міністрів України. URL: <https://petition.kmu.gov.ua/%2C/Petition/View/2102>.

115. Електронна петиція Впровадити безкоштовну медицину не лише на папері! № 22/079196-еп. Сайт офіційного інтернет-представництва Президента України. URL: <https://petition.president.gov.ua/petition/79196>.

116. Ермолаева Е. В. Объект правоотношения: историко-теоретическое исследование: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01. Ульяновск: УГУ, 2004. 157 с.

117. Етичний кодекс лікаря України від 27.09.2009 (прийнятий Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та X З'їздом Всеукраїнського лікарського товариства). *Еженедельник Аптека*. 2010. № 2.

118. Женевська декларація (прийнята 2-ю Генеральною асамблеєю ВМА, Женева, Швейцарія) від 01.09.1948. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_001.

119. Завальна Ж. В. Концептуальні засади договірного регулювання адміністративно-правових відносин: монографія. Суми: Мрія, 2010. 360 с.

120. Загальна декларація прав людини: Міжнародний документ від 10.12.1948. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_015.

121. Загальна теорія держави і права: навч. посіб. / А. М. Колодій, В. В. Копейчиков, С. Л. Лисенков та ін.; за ред. В. В. Копейчикова. Стер. вид. Київ: Юрінком Інтер, 2000. 320 с.

122. Загальна теорія держави і права: підручник / М. В. Цвік, В. Д. Ткаченко, Л. Л. Богачова та ін.; за ред. М. В. Цвіка, В. Д. Ткаченка, О. В. Петришина. Х.: Право, 2002. 432 с.

123. Загальна теорія держави і права: підручник / М. В. Цвік, О. В. Петришин, Л. В. Авраменко та ін.; за ред. М. В. Цвіка, О. В. Петришина. Харків: Право, 2009. 584 с.

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

125. Загальне адміністративне право: навчальний посібник / Р. С. Мельник, В. М. Бевзенко; за заг. ред. Р. С. Мельника. К.: Ваіте, 2014. 376 с.

126. Загальне адміністративне право: підручник / Гриценко І. С., Мельник Р. С., Пухтецька А. А. та ін.; за заг. ред. І. С. Гриценка. Київ: Юрінком Інтер, 2015. 568 с.

127. Задихайло О. А. Адміністративне право України (Загальна частина) 6 навч. посіб / О. А. Задихайло. Харків: Право. 2016. 298 с.

128. Замосковцев П. В. Некоторые вопросы системы Особенной части советского уголовного законодательства. *Сибирские юрид. записки*. Омск-Иркутск, 1971. С. 3–10.

129. Запорожець М. П. Адміністративно-правове забезпечення діяльності місцевих загальних судів України: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Х., 2004. 179 с.

130. Запорожець М. П. Адміністративно-правове забезпечення діяльності місцевих загальних судів України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Харків, 2004. 20 с.

131. Зачем и как менять медицину в Украине? Выбор украинцев. Экономическая правда. 2017. URL: <https://www.epravda.com.ua/columns/2017/10/17/630136/>.

132. Звіт Комітету з питань охорони здоров'я за період роботи дев'ятої сесії Верховної Ради України восьмого скликання (вересень 2018 року – січень 2019 року). URL: <http://komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/31192.pdf>.

133. Зубрицька О. Адміністративна правоздатність як елемент правосуб'єктності індивідуальних суб'єктів адміністративного права. *Вісник Національної академії прокуратури України*. 2015. № 3. С. 99–104.

134. Ильинский И. П., Щетинин Б. В. Конституционный контроль и охрана конституционной законности в социалистических странах. *Советское государство и право*. 1969. № 9. С. 40–44.

135. Іванищук А. А. Адміністративно-правове забезпечення судової влади в Україні: дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2017. 466 с.

136. Істомін С. В., Кризина Н. П. Медичне право як наука та предмет викладання. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2009. № 3. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=57>.

137. Кагановська Т. Є. Організаційно-правові форми адміністративної правосуб'єктності юридичних осіб публічного права. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна Серія «Право»*. Випуск 20. 2015. С. 7–12.

138. Калюжний Р. А. Форми та методи адміністративно-правового забезпечення безпеки авіаційних перевезень. *Наше право*. 2012. № 1. Ч. 1. С. 36–42.

139. Карамишев Д. В. Законодавче забезпечення функціонування системи охорони здоров'я та формування галузі медичного права в Україні. Перший Всеукраїнський конгрес з медичного права і соціальної політики (14-15 квітня 2007 р., м. Київ): збірник тез доповідей. К., 2007. С. 21–24.

140. Кириленко Є. С. Поняття та склад адміністративних правопорушень: запрошення до дискусії. *Порівняльно-аналітичне право*. 2013. № 1–3. С. 219–221.

141. Киселев Д. Медична реформа – правовий погляд. Ліга. Блоги. URL: <https://blog.liga.net/user/dkiselev/article/28239>.

142. Ківалов С. В. Основні напрямки реформування адміністративного права // Актуальні проблеми держави і права: зб. наук. пр. / ред. кол.: С. В. Ківалов, М. О. Баймуратов, Л. Р. Біла та ін.; МОН України, ОНЮА. Одеса: Юридична література, 2003. Вип. 19. С. 3–6.

143. Кізлова О. С. Цивільно-правовий договір про надання медичних послуг. Правові та інституційні механізми забезпечення розвитку держави та права в умовах євроінтеграції: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 20 травня 2016 р.): у 2 т. Одеса: Юридична література, 2016. Т. 2. С. 416–420.

144. Кланца І. А. Громадське здоров'я як умова національної безпеки держави. *Вісник НАДУ при Президентові України* (Серія “Державне управління”). 2018. № 1. С. 107–113.

145. Клименко О. В. Державне регулювання медичної діяльності в Україні: генеза та тенденції розвитку: дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.01. Київ, 2016. 490 с.

146. Ключко Т. Ю. Цивільно-правовий режим лікарських засобів як об'єктів права інтелектуальної власності: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків, 2016. 19 с.

147. Книш С. В. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в умовах реалізації медичної реформи. *Наука і правоохорона*. 2019. № 1. С. 65–72.

148. Книш С. В. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Польщі: позитивний досвід для України. Держава і право в умовах глобалізації: реалії та перспективи: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Дніпро, 1-2 лютого 2019 р. Дніпро: ГО «Правовий світ», 2019. С. 47–49.

149. Книш С. В. Актуальні проблеми розвитку адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я (в умовах реформи). *Вісник Маріупольського державного університету*. Серія: Право. 2019. Вип. 17. С. 8–14.

150. Книш С. В. Аналіз сучасного стану адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2018. Вип. 6. Т. 2. С. 72–75.

151. Книш С. В. Відносини у сфері охорони здоров'я в Україні: адміністративно-правовий аспект: монографія. Київ: Освіта України, 2019. 443 с.

152. Книш С. В. Види контролю у сфері охорони здоров'я в Україні. Правове забезпечення політики держави на сучасному етапі її розвитку. Міжнародна науково-практична конференція, м. Харків, 1–2 березня 2019 р. Х.: Східноукраїнська наукова юридична організація, 2019. С. 53–56.

153. Книш С. В. Види форм забезпечення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Журнал східноєвропейського права*. 2019. № 60. С. 64–70.

154. Книш С. В. Врегулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я в Україні адміністративно-правовими засобами. Вісник Маріупольського державного університету. Серія: Право. Маріуполь: МДУ, 2018. Вип. 16. С. 45–52.

155. Книш С. В. Державна політика у сфері охорони здоров'я. Правова доктрина: міжнародний досвід та практична реалізація в Україні: матер. міжнар. наук.-практ. конф. (22 травня 2019 р., м. Маріуполь). Маріуполь: МДУ, 2019. С. 218–220.

156. Книш С. В. Деякі теоретичні аспекти сутності адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2019. Вип. 1. Т. 1 С. 147–152.

157. Книш С. В. Загальна характеристика зовнішніх адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я: поняття та ознаки. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. Вип. 1(26). С. 140–144.

158. Книш С. В. Загальна характеристика підстав виникнення та розвитку адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2017. Вип. 1. Том 2. С. 61–67.

159. Книш С. В. Загальна характеристика системи принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Порівняльно-аналітичне право*. 2018. № 6. С. 237–240.

160. Книш С. В. Інспекційні процедури як вид адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я. Верховенство права у процесі державотворення та захисту прав людини в Україні: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 8-9.02.2019). Одеса: ГО «Причорноморська фундація права». 2019. С. 60–62.

161. Книш С. В. Інтерес як засіб розмежування публічних та приватних правовідносин у сфері охорони здоров'я. *Проблеми та стан дотримання захисту прав людини в Україні*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 17–18 серпня 2018 р.). Львів: Західноукраїнська організація «Центр правничих ініціатив», 2018. С. 65–68.

162. Книш С. В. Міжнародні засади в системі принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я: загальна характеристика. Сучасні проблеми правового, економічного та соціального розвитку держави: тези доп. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Харків, 30 листопада 2018 р.). Харків: ХНУВС, 2018. С. 54–56.

163. Книш С. В. Непрямі методи забезпечення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. Право як ефективний суспільний регулятор: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 15-16 лютого 2019 р.). Львів: Західноукраїнська організація «Центр правничих ініціатив», 2019. С. 77–78.

164. Книш С. В. Окремі аспекти вдосконалення адміністративної відповідальності за правопорушення у сфері охорони здоров'я України. *Юридичний бюлетень*. 2017. Вип. 5. С. 141–146.

165. Книш С. В. Окремі питання здійснення контрольної-наглядової діяльності у сфері охорони здоров'я. Вплив юридичної науки на розвиток міжнародного та національного законодавства: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Харків, 15-16 лютого 2019 р.). Харків: ГО «Асоціація аспірантів-юристів», 2019. С. 30–32.

166. Книш С. В. Особистість лікаря крізь призму реформування сфери охорони здоров'я. Особистість, суспільство, закон: тези доп. учасників міжнар. наук.-практ. конф. (25 квітня 2019 р., м. Харків). Харків: ХНУВС, 2019. С. 62–65.

167. Книш С. В. Польській досвід удосконалення функціонування системи охорони здоров'я (правовий аспект). Євроінтеграція: польський досвід і українські перспективи: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (12 квітня 2019 року, м. Одеса). Одеса: МГУ, 2019. С. 104–110.

168. Книш С. В. Право на охорону здоров'я в Загальній декларації прав людини. Збірник тез круглого столу, присвяченого 70-й річниці прийняття Загальної декларації прав людини: збірник тез (м. Київ, 14 груд. 2018 р.). К.: ДНДІ МВС України, 2018. С. 91–94.

169. Книш С. В. Правова природа відносин у сфері охорони здоров'я. Теорія та практика сучасної юриспруденції: матеріали XIX Всеукраїнської наукової конференції. Х.: Асоціація випускників НЮУ ім. Ярослава Мудрого (м. Харків, 30 березня 2019 р.). Харків, 2019. С. 193–195.

170. Книш С. В. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я в Україні. Україна в умовах реформування правової системи: сучасні реалії та міжнародний досвід: матеріали IV міжнар. наук.-практ. конф. (5-6 квітня 2019 року). Тернопіль: Економічна думка, 2019. Т. 1. С. 42–45.

171. Книш С. В. Правове забезпечення фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. *Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ*. 2018. № 3 (82). С. 65–73.

172. Книш С. В. Санітарно-епідемічне благополуччя населення як об'єкт контрольно-наглядової діяльності. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2018. Вип. 4 (25). Т. 3. С. 29–31.

173. Книш С. В. Специфіка адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я (на прикладі реєстраційних і дозвільних процедур). *Південноукраїнський правничий часопис*. 2018. № 4. Ч. 2. С. 48–51.

174. Книш С. В. Трудові та публічно-службові правовідносин у процесі адміністрування сферою охорони здоров'я: проблеми співіснування. Міжнародне та національне законодавство: способи удосконалення: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Дніпро, 29–30 березня 2019 р. Дніпро: ДГУ, 2019. С. 97–100.

175. Книш С. В. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та європерспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. Київ, 2019. № 1(17). С. 54–60.

176. Книш С. В. Юридична відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я в Україні. *Право і безпека*. 2018. № 4. С. 43–49.

177. Книш С. В., Теремецький В. І. Розмежування адміністративних і цивільних правовідносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Право і державне управління*. 2019. № 2. Т. 5. С. 47–53.

178. Книш С. В. Поняття об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія «Юриспруденція». 2019. № 38. С. 67–70.

179. Книш С.В., Одерий А.В., Сарана С.В., Айрапетян А.С., Бова Є.Ю. Соотношение индивидуального и общего интереса в медицинских правоотношениях. *Georgian Medical News*. 2018. No 7–8 (292–293). С. 134–139.

180. Князевич В. М., Авраменко Т. П. Державна політика з охорони здоров'я в Україні: перспективи розвитку в умовах системних змін. *Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України*. 2015. Вип. 1. С. 164–179.

181. Ковригіна В. Є. Адміністративно-правове регулювання екстреної медичної допомоги: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2017. 19 с.

182. Кодекс адміністративного судочинства України від 06.07.2005 № 2747-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2747-15>.

183. Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 № 322-VIII. *Відомості Верховної Ради УРСР*. 1971. Додаток до № 50.

184. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.2009 № 193-IV (с изменениями и дополнениями по состоянию на 19.04.2019 г.). URL: https://online.zakon.kz/document/?doc_id=30479065#pos=54;-47.

185. Кодекс України про адміністративні правопорушення від 07.12.1984 № 8073-X. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>.

186. Кодекс України «Про надра» від 27.07.1994 № 132/94-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/213/95-%D0%B2%D1%80>.

187. Козлов Ю. М. Административное право: підручник. М.: Юристь, 1999. 320 с.

188. Козлов Ю. М. Предмет советского административного права. Москва, 1967. 160 с.

189. Коломoeць Т. О. Адміністративне право України: підручник. Київ: Істина, 2008. 457 с.

190. Коломoeць Т. О., Гулевська Г. Ю. Адміністративне право України: навчальний посібник. К.: Істина, 2007. 216 с.

191. Колпаков В. К. Адміністративна відповідальність (адміністративно-деліктне право): навч. посібник. К.: Юрінком Інтер, 2008. 256 с.

192. Колпаков В. К. Адміністративне право України: підручник. К.: Юрінком Інтер. 1999. 736 с.

193. Колпаков В. К. Адміністративно-правові відносини: поняття та види. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2013. № 1. С. 101-104. URL: http://www.lsej.org.ua/1_2013/ukr/Kolpakov.pdf.

194. Конверський А. Є. Логіка (традиційна та сучасна): підручник. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 536 с.

195. Конституційне право України: підручник / за заг. ред. В. П. Колісника, Ю. Г. Барабаша. Х.: Право, 2008. 416 с.

196. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.

197. Концепція розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>.

198. Коренев А. П. Административное право России: учебник: в 3-х частях. М.: МЮИ МВД России; Изд-во «Щит», 1999. Ч. 1. 280 с.

199. Короленко В. В. Реформування системи охорони здоров'я в США: аналіз передумов, сутності реформи та перспектив для дерматологічної допомоги. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2013. № 4. С. 5–8.

200. Корпусенко Б. УНІАН. Перший етап медичної реформи завершується. Гроші йдуть за пацієнтами в стаціонари. URL: <https://hromadske.ua/posts/pershij-etap-medichnoyi-reformi-zavershuyetsya>.

201. Костилева Т. І. Підстави та умови виникнення та припинення правовідносин у сфері контролю за дотриманням законодавства про працю. *Європейські перспективи*. 2012. № 4 (2). С. 152–157.

202. Котюк В. О. Теорія права. Курс лекцій: навч. посібник / В. О. Котюк. К.: Вентурі, 1996. 208 с.

203. Крегул Ю. І. Поняття і види форм державного управління. *Державне управління: проблеми адміністративно-правової теорії та практики* / за заг. ред. В. Б. Авер'янова. К.: Факт, 2003. С. 276–280.

204. Крестовська Н. М., Матвеева Л. Г. Теорія держави і права. Підручник / Н. М. Крестовська, Л. Г. Матвеева. Київ: Юрінком Інтер. 2015. 584 с.

205. Кривий А. О. Адміністративно-правова діяльність чергової служби органів внутрішніх справ: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Дніпропетровськ, 2011. 301 с.

206. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>.

207. Кримінальний процесуальний кодекс України від 13.04.2012 № 4651-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17>.

208. Кругликов Л. Л. Практикум по уголовному праву. Общая часть: учебное пособие. М.: Бек, 2002. 352 с.

209. Круглова О. О. Курс лекцій з дисципліни «Цивільне право». Дніпро: Видавець Біла К. О., 2017. 151 с.

210. Кузьменко О. В., Пастух І. Д., Плугатир М. В., Співак М. В. Адміністративне право. Загальна частина (альбом схем): навч. посіб. К.: «Центр учбової літератури», 2015. 232 с.

211. Кутузова Д. М., Степурко Т. Г., Ковтонюк П. А. Пацієнт, споживач чи клієнт? Як називати тих, хто по цей бік лікарні? Наукові записки НаУКАМА. 2015. Т. 174: Слоціологічні науки. С. 86–91.

212. Кучер В. О., Парасюк В. М. Господарське право: курс лекцій. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2011. 380 с.

213. Куш Л. І. До питання про поняття господарської діяльності в охороні здоров'я. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали I всеукр. наук.-прак. конф. (Львів, 19–20 квітня 2007 р.). Львів: Медицина і право, 2007. С. 179–184.

214. Куш Л. І. Щодо питання правового статусу суб'єктів, які здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я. *Правничий часопис Донецького університету*. 2013. № 2. С. 65–72.

215. Лавренчук М. О. Адміністративно-правові відносини у сфері забезпечення економічної безпеки в аграрному секторі в Україні. *Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ*. 2013. № 4. С. 41–48.

216. Лашкул З. В., Сізнцова Ю. Ю., Дічко Г. О. До питання про значення поняття медична помилка. *Сучасні медичні технології*. 2016. № 4 (31). С. 107–111.

217. Литвин І. Сутність системи суб'єктів адміністративно-правових відносин у сфері надання освітніх послуг. *Підприємництво, господарство і право*. 2016. № 5. С. 63–66.

218. Ліфінцев О. В. Адміністративно-правові засади контролю у сфері охорони здоров'я: дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Дніпро, 2016. 201 с.

219. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики: постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF>.

220. Логвиненко Б. О. Перспективні напрямки удосконалення публічного адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні. *Публічне право*. 2017. № 4. С. 78–83.

221. Логвиненко Б. О. До питання про предмет медичного права України. *Європейські перспективи*. 2012. № 4(1). С. 74–78.

222. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2018. 428 с.

223. Логіка: підручник / В. Д. Титов, С. Д. Цалін, О. П. Невельська-Гордєєва та ін.; за заг. ред. В. Д. Титова. Харків: Право, 2005. 208 с.

224. Лупарев Е. Б. Проблема связи объекта и предмета в административных правоотношениях. *Ленинградский юридический журнал*, 2013. № 1 (31). С. 162–174.

225. Любінець О. В., Сенюта І. Я. Медичний кодекс як основа в реформуванні охорони здоров'я України. *Український медичний часопис*. 2006. № 3 (53). С. 5–10.

226. Мадридська декларація щодо професійної автономії і самоврядування (прийнята 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Мадрид, Іспанія) від 01.10.1987. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_025.

227. Майданик Р. А. Цивільне право і законодавство у сфері охорони здоров'я. URL: <https://westudents.com.ua/glavy/72061-tsvlne-pravo-zakonodavstvo-u-sfer-ohoroni-zdorovyua.html>.

228. Майданик Р. А. Договір про надання медичних послуг. Київ: Юстініан, 2010. 293 с.

229. Майданик Р. А. Договір про надання медичних послуг. *Медичне право*. 2010. № 5 (1). С. 52–66.

230. Майданик О. О. Конституційне право України: навч. посібник. К.: Алерта, 2011. 380 с.

231. Майданик Р. А. Медичне прав в системі права України: навчально-методичний посібник. Київ: Алерта. 2013. 36 с.

232. Малеин Н. С. Нормы права и нормативность. *Государство и право*. 1996. № 6. С. 12–19.

233. Марченко М. Н. Теория государства и права: курс лекцій. М.: Зерцало, 1997. 640 с.

234. Матеріали засідання Комітету з питань охорони здоров'я 5 лютого 2019 року. URL: <http://komzdrav.rada.gov.ua/documents/zasid/73977.html>.

235. Мащук В. Ю. Адміністративні правовідносини в діяльності судів загальної юрисдикції. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2014. № 1. С. 212–220.

236. Медична реформа вже має результати, а протягом 3-5 років українці відчують нову якість медичних послуг, – Володимир Гройсман. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/medichna-reforma-vzhe-maye-rezultati-protyagom-3-5-rokiv-ukrayinci-vidchuyut-novu-yakist-medichnih-poslug-volodimir-grojsman>.

237. Медична реформа: як змінилася сфера охорони здоров'я за рік. URL: https://24tv.ua/health/medichna_reforma_v_ukrayini_2018_plyusi_i_minusi_novoyi_medreformi_v_ukrayini_n1081833.

238. Медичне право України: підручник / С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта; за заг. ред. С. Г. Стеценка. Київ, 2008. 507 с.

239. Медреформа: Факти. Міфи. Питання і відповіді. Медіа аналіз. 2017. URL: <http://uoz.cn.ua/medref.pdf>.

240. Мельник К. Ю. Трудове право України: підручник. Харків: Діса плюс, 2014. 480 с.

241. Мельник Р. С. Категорія «публічне управління» у новій інтерпретації. *Право і суспільство*. 2012. № 6. С. 95–98.

242. Мельник Р. С., Бевзенко В. М. Загальне адміністративне право: навчальний посібник. К.: Ваіте, 2014. 376 с.

243. Мельников А. М., Поклонський А. С. Стадії укладення адміністративного договору. *Журнал східноєвропейського права*. 2014. № 8. С. 21–25.

244. Меморандум порозуміння між Міністерством охорони здоров'я України та суб'єктами господарювання – виробниками лікарських засобів від 10.04.2008. *Провизор*. 2008. № 8.

245. Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1075. URL: <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF>.

246. Минюк Д. І. Особливості об'єктивних елементів складу адміністративних правопорушень, що вчиняються у сфері ЗЕД. *Форум права*. 2011. № 1. С. 657–663. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2011-1/11mdiucz.pdf>.

247. Михайлов С. В. Цивільно-правова відповідальність у сфері надання медичних послуг: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. ХНУВС. Харків, 2010. 17 с.

248. Міжнародний кодекс медичної етики (Прийнято 3-й Генеральною асамблеєю ВМА, Лондон, Англія, жовтень 1949 р.) від 01.10.1983. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_002.

249. Міжнародний кодекс медичної етики (прийнято 3-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асамблеєю, Лондон, Англія) від 01.10.1983. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_002.

250. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права від 16.12.1966. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_043.

251. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. Міжнародний документ від 23.03.1976. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_042.

252. Мількова К. В. Особливості змісту охоронних правовідносин. *Вісник Академії адвокатури України*. 2009. Ч. 1. С. 32–36.

253. Модельний статут товариства з обмеженою відповідальністю: постанова Кабінету Міністрів України від 16.11.2011 № 1182. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1182-2011-%D0%BF>.

254. МОЗ України підготувало законопроект щодо скасування видачі спеціального дозволу на зайняття народною медициною. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <http://moz.gov.ua/article/news/moz-ukraini-pidgotuvalo-zakonoproekt-schodo-skasuvannja-vidachi-specialnogo-dozvolu-na-zajnjattja-narodnoju-medicinoju>.

255. МОЗ: У Державному бюджеті на 2019 рік на охорону здоров'я передбачено 95,08 млрд грн. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/moz-u-derzhavnomu-byudzheti-na-2019-rik-na-ohoronu-zdorovyua-peredbacheno-9508-mlrd-grn>.

256. Москаленко В. Ф. До питання класифікації систем охорони здоров'я. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2012. № 2-3(18-19). С. 10–19.

257. Москаленко В. Ф., Грузева Т. С., Галієнко Л. І., Іншакова Г. В., Грузева О. В. Комплексна оцінка медико-демографічної ситуації як складова методології розробки державних цільових програм в охороні здоров'я. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2012. № 2-3(18–19). С. 258–263.

258. Мохов А. А. Медицинское право (правовое регулирование медицинской деятельности). Курс лекций: учебное пособие. Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2003. 186 с.

259. Надьон В. В. Структура правосуб'єктності. Сучасні проблеми цивілістики: матеріали «круглого столу», присвяч. пам'яті проф. Чингізхана Нуфатовича Азімова (Харків, 20 грудня 2013 рок). С. 49–53.

260. Настанова 42-4.0:2008 «Лікарські засоби. Належна виробнича практика»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.02.2009 № 95. URL: http://www.dec.gov.ua/site/file_uploads/ua/new_doc/nvp.doc.

261. Національна служба здоров'я України відкриває підрозділи в регіонах. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/nacionalna-sluzhba-zdorovya-ukrayini-vidkrivaye-pidrozdili-v-regionah>.

262. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. 41 с. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>.

263. Ніканорова О. В. Адміністративні правові відносини: ознаки та класифікація. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки»*. 2014. Вип. 6-1. С. 206–210.

264. Оверко Г. Я. Відшкодування моральної шкоди, заподіяної при наданні медичних послуг в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2012. 248 с.

265. Овсянко Д. М. Административное право: учебное пособие. М.: Юристъ, 2002. 468 с.

266. Олефір А. О. Господарсько-правове забезпечення державних закупівель у сфері охорони здоров'я: теоретичні та практичні аспекти: монографія. Харків: «Юрайт», 2012. 456 с.

267. Омбудсмен з прав пацієнта. Всеукраїнська медична газета «Ваше здоров'я». 2014. URL: <https://www.vz.kiev.ua/ombudsmen-z-prav-paciyenta>.

268. Оніщенко О. В. Корчевська О. В. Медична послуга як об'єкт цивільних прав. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія ПРАВО*. 2012. Вип. 20. Ч. II. Т. 1. С. 222–224.

269. Орендарчук Г. О. Логіка: навчальний посібник. Тернопіль: «Астон», 2008. 272 с.

270. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

271. Остапенко О. І. Кваліфікація адміністративних правопорушень: навчально-практичний посібник. Львів: Вид. ЛІВС при Української академії внутрішніх справ, 2000. 73 с.

272. Офіційний веб-сайт Асоціації французько-української співпраці у сфері охорони здоров'я та фармації. URL: <http://www.umsa.edu.ua/adfuds.html>.

273. Офіційний веб-сайт Громадської організації «Українська Асоціація громадського здоров'я». URL: <http://www.health.gov.ua/www.nsf/all/u03-09?opendocument>.

274. Охорона здоров'я. Офіційний веб-сайт Асоціації міст України. URL: <https://www.auc.org.ua/sector-news/204>.

275. Оцінка медичної сфери в Україні: червень 2018. Соціологічна група «Рейтинг» (Rating Group Ukraine). URL: http://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka_medicinskoj_sfery_v_ukraine_iyun_2018.html.

276. Пак С. Я. Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи. *Державне управління: теорія та практика*. 2011. № 1. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf>.

277. Паращич І. М. Державні механізми забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні: стан і тенденції розвитку: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Київ, 2009. 23 с.

278. Парменов С. А. Проблема квалификации объекта административного правонарушения / Управление в социальных и экономических системах: матер. XXII международной научно-практической конференции (Минск, 17 мая 2013 года). Минск, 2013. Минск: Изд-во МИУ, 2013. С. 121–123.

279. Пархоменко Г. Я., Якимець В. М. Проблеми у системі охорони здоров'я України та обґрунтування необхідності їх вирішення. *Україна. Здоров'я нації*. 2011. № 1(17). С. 63–73.

280. Пасічник А. В. Поняття адміністративної правосуб'єктності юридичних осіб. *Підприємництво, господарство і право*. 2007. № 9. С. 142–145.

281. Пасько М. І. Суб'єкт медичної сфери: пацієнт, клієнт, споживач медичних послуг. *Економіка і суспільство*. 2017. № 9. С. 295–301.

282. Пашков В. Діяльність омбудсмена з прав пацієнтів як засіб регулюючого впливу держави. *Щотижневик АПТЕКА*. Київ, 2015. № 29(1000). URL: <https://www.apteka.ua/article/339724>.

283. Пашков В. М. Дозвільний тип правового регулювання у сфері охорони здоров'я. *Медичне право*. 2017. № 1. С. 47–54.

284. Пашков В. М. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... док. юрид. наук: 12.00.04. Харків, 2010. 37 с.

285. Перелік закладів охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.10.2002 № 385. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02>.

286. Перелік нормативно правових актів з реформування системи охорони здоров'я Закони України. Офіційний сайт МОН України. URL: <http://moz.gov.ua/plan-reform>.

287. Питання медико-соціальної експертизи: постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1317. *Офіційний вісник України*. 2009. № 95. Ст. 3265.

288. Питання Міністерства охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 № 909-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/909-2015-%D1%80>.

289. Підрозділи МОЗ України. Офіційний сайт МОЗ України. URL: <http://moz.gov.ua/struktura#!porup-35>.

290. Погребной И. М. Теория права: учебное пособие. Харьков: Основа, 2003. 128 с.

291. Поживілова О. В. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: стан та перспективи розвитку. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2011. Вип. 1 (8). С. 122–132.

292. Полежай П. Т. Правовые отношения: конспект лекций. Харьков: ХЮИ. 1965. 49 с.

293. Положення про Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації): розпорядження виконавчого органу Київської міської ради від 27.12.2017 № 1694. URL:

https://kyivcity.gov.ua/kyiv_ta_miska_vlada/struktura_150/departament_okhorony_zdorov_ya/File_1551950264_314673/.

294. Положення про департамент охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації: Розпорядження Київської обласної державної адміністрації від 05.07.2017 № 350. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/KI170100>.

295. Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками: постанова Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 № 647. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/647-2015-%D0%BF>.

296. Положення про Міністерство охорони здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25.03. 2015 № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF>.

297. Пономаренко Г. О. Адміністративно-правові відносини, які виникають в управлінні забезпеченням національної безпеки Службою безпеки України. *Форум права*. 2007. № 3. С. 195–201. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2007_3_31.

298. Попович Є. М. Нагляд і контроль за дотриманням трудового законодавства України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.05. Х., 2003. 20 с.

299. Посібник з моніторингу адміністративної юстиції. К.: ВАІТЕ, 2016. 122 с.

300. Постанова Великої Палати Верховного Суду у справі № 810/2763/17 (К/9901/44258/18). URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/79883398>.

301. Пояснювальна записка до Проекту Закону про внесення змін до статей 85 та 101 Конституції України (щодо уповноважених Верховної Ради України) від 29.08.2019 № 1016. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=66256.

302. Правознавство: підручник / під ред. В. В. Копейчикова. 6-е вид. Київ: Юрінком Інтер. 2002. 736 с.

303. Правоотношение и их роль в реализации права: учебное пособие / за ред. Ю. С. Решетова. Казань: издательство Казанского университета 1993. 105 с.

304. Прасов О. О. Право на медичну допомогу та його здійснення: автореф. дис ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків, 2007. 16 с.

305. Прасов О. О. Право на медичну допомогу та його здійснення: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Запоріжжя, 2007. 196 с.

306. Презумпція згоди у сфері трансплантології (пересадка органів або тканин від донора). Електронні петиції до Кабінету Міністрів України. Офіційний веб сайт кабінету міністрів України. URL: <https://petition.kmu.gov.ua/m/Petition/View/835>.

307. Примірне положення про опікунську раду при закладі охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.07.2014 № 517. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0517282-14>.

308. Примірний статут територіальної громади. Практичний посібник з питань організації роботи органів місцевого самоврядування об'єднаних територіальних громад. Київ, 2016. 68 с. URL: <https://auc.org.ua/sites/default/files/library/mod1web.pdf>.

309. Про адміністративні послуги: Закон України від 06.09.2012 № 5203-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5203-17>.

310. Про банки і банківську діяльність: Закон України від 07.12.2000 № 2121-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2121-14>.

311. Про Верховну Раду Автономної Республіки Крим: Закон України від 10.02.1998 № 90/98-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/90/98-%D0%B2%D1%80>.

312. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII. URL: <https://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>.

313. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України: Закон України від 19.12.2017 № 2249-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 6-7. Ст. 43.

314. Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>.

315. Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України 05.02.2019 № 294. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0294282-19>.

316. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників Випуск 78 «Охорона здоров'я»: наказ Міністерства охорони здоров'я від 31.10.2018 № 1977. URL: http://moz.gov.ua/uploads/1/6864-pro_20180830_1_dod.pdf.

317. Про внесення змін до Положення про порядок проведення атестації лікарів: наказ Міністерства охорони здоров'я України 02.10.2015 № 650. *Офіційний вісник України*. 2016, № 14. Ст. 574.

318. Про внесення змін до рішення Сумської міської ради від 19 червня 2013 року № 2479-МР «Про Положення про відділ охорони здоров'я Сумської міської ради» (нова редакція): рішення Сумської міської ради від 25.04.2018 № 3361-МР. URL: <https://smr.gov.ua/uk/miska-vlada/vikonavchi-organi/strukturni-pidrozdili-sumskoj-miskoj-radi/2015-12-10-09-04-48/2015-11-26-10-28-24.html>.

319. Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення: наказ Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 № 308/519. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/z1209-05>.

320. 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>.

321. Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань Закон України від 15.05.2003 № 755-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-15>.

322. Про державну службу: Закон України від 10.12.2015 № 889-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/889-19>.

323. Про донорство крові та її компонентів: Закон України від 23.06.1995 № 239/95-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1995. № 23. Ст. 183.

324. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 07.03.2018 № 5081-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>.

325. Про забезпечення доступності лікарських засобів: постанова Кабінету Міністрів України від 01.04.2019 № 152. *Офіційний вісник України*. 2017. № 26. Ст. 749.

326. Про забезпечення медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах: наказ Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки України від 20.07.2009 № 518/674. *Офіційний вісник України*. 2009. № 65. Ст. 2277.

327. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994 № 4004-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>.

328. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17.05.2018 № 2427-VIII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19/ed20180517#n28>.

329. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: 28.03.2018 № 391. *Офіційний вісник України*. 2018. № 43. Ст. 1528.

330. Про затвердження Інструкції з організації контролю за виконанням документів: наказ Національного агентства України з питань виявлення розшуку та управління активами, одержаними від корупційних та інших злочинів від 28.02.2018 № 53. *Офіційний вісник України*. 2018. № 32. Ст. 1137.

331. Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності затвердженої: наказ Міністерства охорони здоров'я України 05.09.2011 № 561. *Офіційний вісник України*. 2011. № 91. Ст. 3319.

332. Про затвердження Інструкції про проведення судово-медичної експертизи: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.01.1995. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0254-95>.

333. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, крім діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.02.2011 № 65. *Офіційний вісник України*. 2011. № 17. Ст. 715.

334. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285. *Офіційний вісник України*. 2016. № 30. Ст. 1184.

335. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів): постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016. *Офіційний вісник України*. 2016. № 99. Ст. 3217.

336. Про затвердження національних стандартів України, державних класифікаторів України, національних змін до міждержавних стандартів, внесення зміни до наказу Держспоживстандарту України від 31 березня 2004 р. № 59 та скасування нормативних документів: наказ Державного комітету України з питань регулювання та споживчої політики від 28.05.2004 № 97. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0097609-04>.

337. Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.05.2006 № 319. *Офіційний вісник України*. 2006. № 24. Ст. 1780.

338. Про затвердження переліків закладів, підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління Міністерства охорони здоров'я

України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2018 № 152. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0152282-18>.

339. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 15.11.2017 № 821-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/821-2017-%D1%80>.

340. Про затвердження Положення про громадських інспекторів з охорони довкілля: наказ Міністерства екології та природних ресурсів України від 27.02.2002 № 88. *Офіційний вісник України*. 2002. № 12. Ст. 631.

341. Про затвердження Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні: постанова Кабінету Міністрів України від 22.06.1999 № 1109. *Офіційний вісник України*. 1999. № 25. Ст. 1178.

342. Про затвердження Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками: постанова Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 № 647. *Офіційний вісник України*. 2015. № 72. Ст. 2354.

343. Про затвердження Положення про Державну службу України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів: постанова Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 № 667. *Офіційний вісник України*. 2015. № 73. Ст. 2402.

344. Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.04.2008 № 189. *Офіційний вісник України*. 2008. № 51. Ст. 1716.

345. Про затвердження Положення про клінічний заклад охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.97 № 174. *Офіційний вісник України*. 1997. № 28. Ст. 408.

346. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF>.

347. Про затвердження Положення про порядок видачі посвідчення донора крові та (або) її компонентів: постанова Кабінету Міністрів України від 15.12.1997 № 1407. *Офіційний вісник України*. 1997. № 51.

348. Про затвердження Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.05.1994 № 73. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0146-94>.

349. Про затвердження Положення про систему управління безпекою польотів на авіаційному транспорті: наказ Державної служби України з нагляду за забезпеченням безпеки авіації від 25.11.2005 № 895. *Офіційний вісник України*. 2005. № 51. Ст. 3230.

350. Про затвердження Положення про систему управління безпекою руху поїздів у Державній адміністрації залізничного транспорту України: наказ Міністерства інфраструктури України від 01.04.2011 № 27. *Офіційний вісник України*. 2011. № 48. Ст. 1972.

351. Про затвердження положень виконавчих органів Харківської міської ради 7 скликання: рішення 1 сесії Харківської міської ради 7 скликання. URL: <http://kharkiv.rocks/reestr/648144>.

352. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765. *Офіційний вісник України*. 1997. № 29.

353. Про затвердження Порядку ввезення на територію України незареєстрованих лікарських засобів, стандартних зразків, реагентів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.04.2011 № 237. *Офіційний вісник України*. 2011. № 63. Ст. 2508.

354. Про затвердження Порядку ведення реєстру хворих на туберкульоз: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2012 № 818. *Офіційний вісник України*. 2012. № 88. Ст. 3576.

355. 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: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18>.

356. Про затвердження Порядку видачі медичної довідки для отримання дозволу (ліцензії) на об'єкт дозвільної системи: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.10.1999 № 252. *Офіційний вісник України*. 1999. № 45. Ст. 2256.

357. Про затвердження Порядку видачі та анулювання спеціального дозволу на зайняття народною медициною (цілительством): постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2012 № 1145. *Офіційний вісник України*. 2012. № 93. Ст. 3790.

358. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню: постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 283. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/283-2018-%D0%BF>.

359. Про затвердження Порядку державної реєстрації (перереєстрації) дезінфекційних засобів: постанова Кабінету Міністрів України від 03.07.2006 № 908. *Офіційний вісник України*. 2006. № 27. Ст. 1949.

360. Про затвердження Порядку державної реєстрації (перереєстрації) лікарських засобів і розмірів збору за їх державну реєстрацію (перереєстрацію): постанова Кабінету Міністрів України від 26.05.2005 № 376. *Офіційний вісник України*. 2005. № 22. Ст. 1196.

361. Про затвердження Порядку державної реєстрації косметичних та лікарських засобів, які містять генетично модифіковані організми або отримані з їх використанням: постанова Кабінету Міністрів України від 18.02.2009 № 114. *Офіційний вісник України*. 2009. № 12 Ст. 373.

362. Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я»: постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 334. *Офіційний вісник України*. 2018. № 40. Ст. 1402.

363. Про затвердження Порядку здійснення контролю за відповідністю імунобіологічних препаратів, що застосовуються в медичній практиці, вимогам державних і міжнародних стандартів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.10.2014 № 698. *Офіційний вісник України*. 2014. № 90. Ст. 2593.

364. Про затвердження Порядку контролю за дотриманням показників безпеки та якості донорської крові та її компонентів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2010 № 211. *Офіційний вісник України*. 2010. № 44. Ст. 1439.

365. Про затвердження Порядку контролю якості лікарських засобів під час оптової та роздрібної торгівлі: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.09.2014 № 677. *Офіційний вісник України*. 2014. № 98. Ст. 2857.

366. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я від 19.03.2018 № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>.

367. Про затвердження Порядку особистого прийому громадян у Міністерстві охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.04.2014 № 253. *Офіційний вісник України*. 2014. № 43. Ст. 1142.

368. Про затвердження Порядку проведення атестації та присвоєння кваліфікації судового експерта і кваліфікаційних класів судово-психіатричним експертам та позбавлення кваліфікації судового експерта і кваліфікаційних класів судово-психіатричних експертів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.08.2017 № 889. *Офіційний вісник України*. 2017. № 78. Ст. 2412.

369. Про затвердження Порядку проведення доклінічного вивчення лікарських засобів та експертизи матеріалів доклінічного вивчення лікарських засобів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.12.2009 № 944. *Офіційний вісник України*. 2010. № 4. Ст. 176.

370. Про затвердження Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення: наказ

Міністерства охорони здоров'я України від 26.08.2005 № 426. *Офіційний вісник України*. 2005. № 39. Ст. 2494.

371. Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.09.2009 № 690. *Офіційний вісник України*. 2009. № 87. Ст. 2948.

372. Про затвердження Порядку проведення підтвердження відповідності умов виробництва лікарських засобів вимогам належної виробничої практики: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2012 № 1130. *Офіційний вісник України*. 2013. № 8. Ст. 313.

373. Про затвердження Порядку проведення судово-психіатричної експертизи: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.05.2018 № 865. *Офіційний вісник України*. 2018. № 53. Ст. 1872.

374. Про затвердження Порядку реєстрації живонароджених і мертвнонароджених: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2006 № 179. *Офіційний вісник України*. 2006. № 15. Ст. 1150.

375. Про затвердження Порядку розгляду звернень громадян у Міністерстві охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.04.2014 № 253. *Офіційний вісник України*. 2014. № 43. Ст. 1142.

376. Про затвердження Правил безпеки під час експлуатації магістральних нафтопроводів: наказ Державного комітету України з промислової безпеки, охорони праці та гірничого нагляду від 23.05.2007 № 110. *Офіційний вісник України*. 2007. № 99. Ст. 3591.

377. Про затвердження Правил виробництва (виготовлення) та контролю якості лікарських засобів в аптеках: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.10.2012 № 812. *Офіційний вісник України*. 2012. № 87. Ст. 3553.

378. Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.12.2003 № 584. *Офіційний вісник України*. 2004. № 10. Ст. 637.

379. Про затвердження Правил проведення судово-медичних експертиз (досліджень) у відділеннях судово-медичної токсикології бюро судово-медичної експертизи: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.01.1995 № 6. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0249-95>.

380. Про затвердження Правил сертифікації аеропортів: наказ Державної служби України з нагляду за забезпеченням безпеки авіації від 13.06.2006 № 407. *Офіційний вісник України*. 2006. № 26. Ст. 1918.

381. Про затвердження Примірного положення про опікунську раду при закладі охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я від 23.07.2014 № 517. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0517282-14>.

382. Про затвердження Примірного статуту закладу охорони здоров'я – комунального некомерційного підприємства та Примірного договору про надання медичних послуг: наказ Міністерства охорони здоров'я від 30.08.2010 № 734. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0734282-10/sp:head:max100#o4>.

383. Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча отоларингологія»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.04.2005 № 181. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0181282-05>.

384. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Паразитологія»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.2006 № 434. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0434282-06>.

385. Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів: постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 753. *Офіційний вісник України*. 2013. № 82. Ст. 3046.

386. Про захист персональних даних: Закон України від 01.06.2010 № 2297-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17>.

387. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 № 1023-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>.

388. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними: Закон України 15.02.1995 № 62/95-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1995. № 10. Ст. 62.

389. Про звернення громадян: Закон України від 02.10.1996 № 393/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 47. Ст. 256.

390. Про імплантацію електрокардіостимуляторів: Закон України від 14.09.2000 № 1950-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 43. Ст. 369.

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

392. Про карантин рослин: Закон України від 30.06.1993 № 3348-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3348-12>.

393. Про Клятву лікаря: указ Президента України від 15.06.1992 № 349. *Збірник указів Президента*. 1992. № 2.

394. Про комітети Верховної Ради України: Закон України від 04.04.1995 № 116/95-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/116/95-%D0%B2%D1%80>.

395. Про лікарські засоби: Закону України від 04.04.1996 № 123/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>.

396. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19>.

397. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>.

398. Про моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 28.12.2000 № 1907. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1907-2000-%D0%BF>.

399. 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-%D0%B2%D1%80>.

400. Про Національну безпеку: Закон України 21.06.2018 № 2469-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-19>.

401. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади: постанова Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 442. URL: <https://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/442-2014-%D0%BF>.

402. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 21.03.1991 № 875-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12>.

403. 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>.

404. Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів: Закон України від 23.12.1997 № 771/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/771/97-%D0%B2%D1%80>.

405. Про охорону атмосферного повітря: Закон України від 16.10.1992 № 2707-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2707-12>.

406. Про охорону навколишнього природного середовища: Закон України від 25.06.1991 № 1264-XII. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1264-12>.

407. Про перелік, кількісний склад і предмети відання комітетів Верховної Ради України восьмого скликання: постанова Верховної Ради України 04.12.2014 № 22-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/22-viii>.

408. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України 14.11.2017 № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.

409. Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.09.2011 № 595. *Офіційний вісник України*. 2011. № 82. Ст. 3009.

410. Про приватизацію державного і комунального майна: Закон України від 18.01.2018 № 2269-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 12. Ст. 68.

411. Про пробацію: Закон України від 05.02.2015 № 160-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/160-19>.

412. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України від 05.12.2012 № 1972-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 11. Ст. 152.

413. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 № 1489-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 19. Ст. 143.

414. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України 06.10.2005 № 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>.

415. Про ринок природного газу: Закон України від 09.04.2015 № 329-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/329-19>.

416. Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1077. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1077-2017-%D0%BF>.

417. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 № 85/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 18. Ст. 78.

418. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. *Офіційний вісник України*. 2017. № 2. Ст. 50.

419. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р. *Офіційний вісник України*. 2017. № 1. Ст. 21.

420. Про схвалення Концепції сприяння органами виконавчої влади розвитку громадянського суспільства: розпорядження Кабінету Міністрів

України від 21.11.2007 № 1035-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1035-2007-%D1%80>.

421. Про тваринний світ: Закон України від 13.12.2001 № 2894-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2002. № 14. Ст. 97.

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

423. Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.09.2015 № 604. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0604282-15>.

424. 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-%D0%BF>.

425. Про центральні органи виконавчої влади: Закон України від 17.03.2011 № 3166-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3166-17>.

426. Провал медреформи: Вадим Рабінович закликав звільнити Уляну Супрун. URL: <http://podrobnosti.ua/2264814-proval-medreformi-vadim-rabnovich-zaklikav-zvlniti-uljanu-suprun.html>.

427. Програма забезпечення житлом медичних працівників району на 2016-2020 роки: рішення третьої сесії районної ради сьомого скликання Козелецькою селищною радою від 13.01.2016 № 47-3/VII. URL: http://kozadm.cg.gov.ua/web_docs/28/2018/01/docs/Programa-zhitlo-medikam.pdf.

428. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. Міністерство охорони здоров'я України. URL: http://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf.

429. Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні від 02.08.2016 № 4981-2. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59862.

430. Проект Закону Про засади державної політики охорони здоров'я від 17.07.2015 № 2409а. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=56118.

431. Проект Закону України «Про внесення змін до деяких законів України». URL: <https://medprosvita.com.ua/uvaga-publichne-obgovorennya-proektu-zakonu-ukrayini-pro/>.

432. Проект Закону України Про організацію медичного обслуговування населення в Україні від 18.09.2018 № 2543-VIII (7 сесія VIII скликання). URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=62454.

433. Проекту Закону про внесення змін до статей 85 та 101 Конституції України (щодо уповноважених Верховної Ради України) від 29.08.2019 № 1016. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=66256.

434. Публічна інформація — Бюджет міста Полтава. URL: http://www.rada-poltava.gov.ua/documents/byudzheth_mista/.

435. Пундор Ю. О. Про визначення змісту категорії «правосуб'єктність» у теорії права та галузевих теоріях цивільного й господарського права (порівняльно-правовий аспект). *Часопис Київського університету права*. 2013. № 1. С. 60–63.

436. Радиш Я. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження здоров'я громадян як важливого фактора національної безпеки. *Науково-інформаційний вісник Академії національної безпеки*. 2015. № 1-2. С. 27–37.

437. Рекомендації парламентських слухань на тему: «Стратегія реінтеграції в Україну тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим та міста Севастополь: проблемні питання, шляхи, методи та способи»: Постанова Верховної Ради України від 22.09.2016 № 1602-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1602-19>.

438. Реформа системи охорони здоров'я. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>.

439. Рижкова Є. Ю. Правове регулювання приватного сектору медицини в США. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія: Юриспруденція. 2014. Вип. 101(2). С. 27–31. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_jur_2014_10-1\(2\)__10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_jur_2014_10-1(2)__10).

440. Ринг М. П. К вопросу о гражданских процессуальных правоотношениях. *Ученые записки ВНИИССЗ*. 1963. Вып. 16. С. 61–67.

441. Рішення ЄСПЛ і справі «Трегубенко проти України» (заява № 61333/00). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/980_355.

442. Рішення Конституційного Суду України № 15-рп/2011 у справі за конституційним зверненням громадянина Степаненка Андрія Миколайовича щодо офіційного тлумачення положень пунктів 22, 23 статті 1, статті 11, частини восьмої статті 18, частини третьої статті 22 Закону України «Про захист прав споживачів» у взаємозв'язку з положеннями частини четвертої статті 42 Конституції України (справа про захист прав споживачів кредитних послуг) від 10.11.2011. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v015p710-11>.

443. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 № 10-рп/2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02>.

444. Рішення Конституційного Суду України (у справі за конституційним поданням правління Пенсійного фонду України) від 25.01.2012 № 3-рп/2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v003p710-12>.

445. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням Київської міської ради професійних спілок щодо офіційного тлумачення частини третьої статті 21 Кодексу законів про працю України (справа про тлумачення терміну «законодавство») від 09.07.1998 № 12-рп/98. *Офіційний вісник України*. 1998. № 32. Ст. 1209.

446. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 50 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення окремих положень частини першої статті 4 Цивільного процесуального кодексу України (справа про охоронюваний законом інтерес) від 01.12.2004 № 18-рп/2004. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/v018p710-04>.

447. Рожков Г. С. Нормативно-правове регулювання системи охорони здоров'я України. *Держава та регіони*. 2009. № 3. С. 221–226.

448. Розвиток державного управління реформуванням охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні: стан, проблеми, перспективи: метод. рек. / авт. кол.: Т. П. Авраменко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк та ін. Київ: НАДУ, 2013. 48 с.

449. Рудик В. А., Пророченко В. В. Організаційно-правові засади діяльності органів державної реєстрації актів цивільного стану у сфері протидії насильству в сім'ї на стадії укладення шлюбу. *Юридичний часопис Національної академії внутрішніх справ*. 2018. № 2. С. 263–274.

450. Русин М. Поняття та структура адміністративних правовідносин у галузі вищої освіти. *Підприємництво господарство і право*. 2017. № 12. С. 183–187.

451. Савченко В. О. Медичні послуги як об'єкт цивільних правовідносин: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ: Науково-дослідний інститут приватного права і підприємництва імені академіка Ф.Г. Бурчака НАПрН України, 2014. 20 с.

452. Савченко В. О. Поняття медичних послуг, їх співвідношення з медичною допомогою та медичною діяльністю. *Вісник юридичного факультету ХНУ імені В.Н. Каразіна*. 2012. № 1000. С. 354–359.

453. Сайт Генеральної прокуратури України. URL: <https://www.gp.gov.ua/ua/stst2011.html>.

454. Самілик Л. О. Адміністративно-правові основи регулювання охорони здоров'я громадян в Україні: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. К., 2013. 20 с.

455. Саржан С. Л. Адміністративно-правові юридичні факти в діяльності СБУ. *Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка*. 2014. Вип. 1. С. 234–244.

456. Світличний О. П. Адміністративні правовідносини у сфері земельних ресурсів України: проблеми теорії та практики правозастосування: монографія. Донецьк: Донбас, 2011. 410 с.

457. Селіванова І. А. Як перетворення бюджетних установ в некомерційні підприємства змінює організацію їх господарської діяльності (на прикладі закладів охорони здоров'я). *Актуальні проблеми приватного права*: матеріали ХУІІ наук.-практ. конф. Присвяч. 97-й річниці з дня народження В. П. Маслова. Харків: Право 2019. С. 209–212.

458. Сенюта І. Я. Охорона здоров'я і права людини: ресурсний посібник. Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2015. 989 с.

459. Сенюта І. Я. Цивільні правові відносини у сфері надання медичної допомоги в Україні: питання теорії і практики: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.03. Київ: НДІППіП ім. Ф. Г. Бурчака НАПН України. 2018. 36 с.

460. Сергієнко О. В. Особливості правового регулювання системи державного нагляду (контролю) у сфері містобудівної діяльності. *Наше право*. 2015. № 2. С. 165–171.

461. Середа В. В., Кісіль З. Р., Кісіль Р. В. Адміністративне право: навчальний посібник. Львів: ЛьвДУВС, 2014. 520 с.

462. Середа О. Г. Поняття і сутність нагляду та контролю за дотриманням трудового законодавства. *Публічне право*. 2012. № 4. С. 227–232.

463. Система охорони здоров'я у Польщі. URL: <http://www.evromed.org.ua/ua/sistema-ohoroni-zdorov-ya-u-polshhi>.

464. Система охорони здоров'я в Японії. Медичний світ. URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php>.

465. Системы здравоохранения: время перемен. Реферат обзора: Соединенное Королевство. Всемирная организация здравоохранения: Европейское региональное бюро. 2010, С. 1–5. URL:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/155558/E94836sumR.pdf?ua=1.

466. Сідей О. В. Поняття здоров'я як особистого немайнового блага фізичної особи. *Наше право*. 2016. № 1. С. 58–61.

467. Скакун О. Ф. Теорія права і держави: підручник. 2-ге видання. К.: Алерта; КНТ; ЦУЛ, 2010. 520 с.

468. Скакун О. Ф. Теорія держави і права: підручник. Харків: «Консум», 2001. 656 с.

469. Слабкий Г. О., Миронюк В. І., Качала Л. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 24–31.

470. Сліпченко С. О. Поняття об'єктів цивільних прав та цивільних правовідносин. *Сучасні проблеми цивільного права та процесу*. За ред. Ю. М. Жорнокуй, Л. В. Красицької. Харків «Право». 2017. 808 с.

471. Словарь терминов по теории государства и права / под общ. ред. Н. И. Панова. Харьков: Основа, 1997. 180 с.

472. Словник української мови: в 11 т. / АН УРСР, Ін-т мовознавства ім. О. О. Потебні; редкол.: І. К. Білодід (голова) та ін. К.: Наукова думка, 1970-1980. Т. 3: З / ред.: Г. М. Гнатюк, Т. К. Черторизька. 1972. 774 с.

473. Словник української мови: в 11 т. / АН УРСР, Ін-т мовознавства ім. О. О. Потебні; редкол. І. К. Білодід (голова) та ін. К.: Наукова думка, 1970-1980. Т. 4: І-М / ред. тому: А. А. Бурячок, П. П. Доценко. 1973. 680 с.

474. Словник української мови: в 11 т. / АН УРСР, Ін-т мовознав. ім. О. О. Потебні; редкол.: І. К. Білодід (голова) та ін. К.: Наук. думка, 1970-1980. Т. 5: Н-О / ред. тому: В. О. Винник, Л. А. Юрчук. 1974. 840 с.

475. Словник української мови: в 11 т. / АН УРСР, Ін-т мовознавства ім. О. О. Потебні; редкол.: І. К. Білодід (голова) та ін. К.: Наукова думка, 1970-1980. Т. 8: Природа-Ряхтливий / ред. В. О. Винник та ін. 1977. 927 с.

476. Собакарь А. О. Співвідношення контролю та нагляду як функцій публічного управління. *Проблеми правознавства та правоохоронної діяльності*. 2010. № 2. С. 58–63.

477. Солдатенко О. Європейський досвід фінансування видатків на охорону здоров'я. *Юридична Україна*. 2010. № 4. С. 53–58.

478. Стандартные положения и условия Европейского банка реконструкции и развития от 01.02.1999. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/985_001.

479. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я від 22.07.1946. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599.

480. Статут Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.06.2018 № 1199. URL: <http://www.dec.gov.ua/site/files/statut.pdf>.

481. Степанченко О. До питання про загрози дотриманню права на охорону здоров'я у процесі реалізації в Україні «Реформи медичного обслуговування» (2010 – 2013 р.). URL: <http://21.helsinki.org.ua/files/docs/1485016810.pdf>.

482. Стефанчук Р. О. Здоров'я фізичної особи як об'єкт її особистих немайнових прав. *Форум права*. 2007. № 1. С. 154–160.

483. Стефанчук Р. О. Медичний кодекс України: вимога часу чи данина кодифікаційній моді? *Право України*. 2011. № 11–12. С. 38–44.

484. Стеценко В. Правове забезпечення обов'язкового медичного страхування в Німеччині (ключові засади та досвід для України). *Вісник Академії управління МВС*. 2010. № 3(15). С. 120–126.

485. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні: (адміністративно-правові засади запровадження): монографія. Київ: Атіка, 2010. 320 с.

486. Стеценко В. Ю. Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США. *Публічне право*. 2013. № 4. С. 28–37. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pp_2013_4_6.

487. Стеценко С. Г. Вступ до курсу «Медичне право України»: лекція. *Право України*. 2011. № 11-12. С. 120–131.

488. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. Медичне право України: підручник / заг. ред. С. Г. Стеценка. Київ: Всеукраїнська асоціація «Правова єдність». 2008. 507 с.

489. Стеценко В. Ю. Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США. *Публічне право*. 2013. № 4. С. 28–37. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pp_2013_4_6.

490. Стрижак А. А. Державне управління забезпеченням діяльності судів загальної юрисдикції: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. К., 2005. 183 с.

491. Структура Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) розпорядження виконавчого органу Київської міської ради від 28.08.2018 № 1567. URL: https://kyivcity.gov.ua/kyiv_ta_miska_vlada/struktura_150/departament_okhorony_z_dorov_ya/File_1551950264_314672/.

492. Структура Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України восьмого скликання. URL: <http://komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/31187.pdf>.

493. Стукалін Т. А. Організаційно-правові засади у сфері оборони України в контексті сучасних ризиків та загроз. *Ефективність державного управління*. 2015. Вип. 42. С. 215–222.

494. Сумський Д. О. Основи держави і права. К, 1999. 565 с.

495. Суходубова І. В. Стабільність і динамізм законодавства: поняття, співвідношення, засоби забезпечення: монографія. Харків: Право, 2016. 228 с.

496. Сухонос В. В. Теорія держави і права: конспект лекцій. Суми: Ініціатива. 2002. 96 с.

497. Сухонос В. В. Теорія держави і права: навч. посіб. Суми: Університетська книга, 2005. 689 с.

498. Сухонос В. В. Теорія держави і права: підручник. Суми: Університетська книга, 2014. 544 с.

499. Сучасне українське медичне право: монографія / за заг. ред. С. Г. Стеценка. Київ: Атіка. 2010. 469 с.

500. Сущенко В. М. Тлумачення терміна «законодавство» Конституційним Судом України. *Юридичний журнал*. 2003. № 5. С. 128–130.

501. Сырых В. М. Материалистическая философия публичного права: монографія. Москва: Юрлитинформ, 2016. 576 с.

502. Темченко О. В., Абрамович Н. О. Пацієнт як учасник договору про надання медичних послуг. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Право. 2015. Вип. 32(2). С. 88–92.

503. Теорія держави і права: підручник / за ред. О. М. Бандурки. Харків: ХНУВС. 2018. 416 с.

504. Теорія держави і права: підручник / О. В. Петришин, С. П. Погребняк, В. С. Смородинський та ін.; за ред. О. В. Петришина. Харків: Право. 2015. 368 с.

505. Теорія держави та права: навч. посіб. / Є. В. Білозьоров, В. П. Власенко, О. Б. Горова, А. М. Завальний, Н. В. Заяць та ін.; за заг. ред. С. Д. Гусарєва, О. Д. Тихомирова. К.: НАВС, Освіта України, 2017. 320 с.

506. Тепер офіційно: МОЗ України розпочинає перший етап трансформації екстреної медичної допомоги. Трансформація системи. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/teper-oficijno-moz-ukraini-rozpochinae-pershij-etap-transformacii-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi->.

507. Теремецкий В. И., Музычук А. Н., Салманова Е. Ю., Казначеева Д. В., Кныш С. В. Укрепление договорных начал в правоотношениях между пациентом и лечебным заведением при реформировании системы здравоохранения в Украине. *Georgian Medical News*. No 11 (284) 2018. p. 155–159.

508. Теремецький В. І. Адміністративні процедури у сфері податкових правовідносин. *Проблеми правознавства та правоохоронної діяльності*. 2012. № 2. С. 100–104.

509. Теремецький В. І. Адміністративно-правове регулювання податкових відносин в Україні: дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Харків, 2012. 505 с.

510. Теремецький В. І. Податкові правовідносини в Україні: монографія. Харків: Диска плюс. 2012. 648 с.

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

512. Теремецький В. І., Книш С. В. Адміністративно-правове забезпечення медичних гарантій в контексті реформи охорони здоров'я в Україні. «Particularită (ile adaptării legisla (iei Republicii Moldova și Ucrainei la legislația Uniunii Europene)», conferință internațional științifico-practică (23-24 martie 2019, Chișinău). Chișinău, 2019. P. 108–111.

513. Теремецький В. І. Форми адміністративно-правового регулювання податкових відносин в Україні. *Науковий вісник Чернівецького університету*. 2011. Вип. 604. Правознавство. С. 68–73.

514. Тимощук В. Адміністративні послуги: посібник. Швейцарсько-український проект «Підтримка децентралізації в Україні – DESPRO». Київ: ТОВ «Софія-А». 2012. 104 с.

515. Ткачук А., Агранофф Р., Браун Т. Місцеве самоврядування: світовий та український досвід: посібник. КИЇВ, «ЗАПОВІТ», 1997. 188 с.

516. Толкач А. М. Еволюція теорії розподілу влади в історії світової політико-правової думки. *Форум права*. 2014. № 2. С. 432–437.

517. Томашкова К. Т. Механізми державного управління економічною безпекою особистості: дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Донецьк, 2009. 216 с.

518. Третьяков В. М., Махмудов Е. Ю. Нормотворча діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я і формування в Україні галузі медичного права та її правових інститутів. *Економіка та держава*. 2006. № 3. С. 69–70.

519. Тюхтій Н. О. Дослідження особистих немайнових прав фізичних осіб у сфері охорони здоров'я на загальнотеоретичному, правовому і галузевому рівні *Університетські наукові записки*. 2013. № 3. С. 210–216.

520. Уварова Н. В. Про доцільність закріплення права підозрюваного (обвинуваченого) на медичну допомогу у Кримінальному процесуальному кодексі України. *Порівняльно-аналітичне право*. 2017. № 1. С. 254–256.

521. Україні потрібен Медичний кодекс. Інформаційне агентство «Українські Національні Новини». URL: <https://www.unn.com.ua/ru/news/1201312-ukrayini-potriben-medichniy-kodeks-r-bogatirova>.

522. Ульяновська О. В. Реалізація права на звернення до адміністративного суду у системі засобів забезпечення права на судовий захист. *Правова просвіта*. 2018. № 7. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pravprs_2018_7_4.

523. Ухвала Господарського суду Рівненської області про затвердження мирової угоди у процесі виконання рішення від 12.09.2018 № 76384438 (справа № 918/450/14). URL: <https://youcontrol.com.ua/ru/catalog/court-document/76384438/>.

524. Файер О. А. Поняття професійної діяльності та її структурні елементи. *Університетські наукові записки*. 2009. № 3. С. 126–131.

525. Фрицький О. Ф. Конституційне право України: підручник. К.: Юрінком Інтер, 2002. 536 с.

526. Фролов Ю. М. Особливості адміністративно-правових відносин у сучасних умовах. *Порівняльно-аналітичне право*. 2018. № 1. С. 234–236.

527. Халфина Р. О. Общее учение о правоотношении. Москва: Юридическая литература. 1974. 351 с.

528. Харитнова О. І. Поняття і ознаки публічних правовідносин. *Вісник Академії правових наук України*. 2002. № 1(28). С. 36–46.

529. Харитнова О. І. Адміністративно-правові відносини: концептуальні засади та правова природа: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.07. Одеса, 2004. 435 с.

530. Харитоновна О. І. Адміністративно-правові відносини: концептуальні засади та правова природа: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.07. Одеса, 2004. 36 с.

531. Хецуриани М. Медицинская система в Германии: страховка, стационар, неотложка. *Likar. info.* (Интернет). Латвия. 2017. URL: <http://www.likar.info/coolhealth/article-79491-meditsinskaya-sistema-v-germanii>.

532. Хитра І. Я. Адміністративно-правовий механізм забезпечення банківської діяльності в Україні. *Підприємництво, господарство і право.* 2009. № 7. С. 50–53.

533. Хропанюк В. Н. Теория государства и права: учебник. М.: «Интерстиль», 2001. 377 с.

534. Цивільне право: підручник: у 2 т. / Л. М. Баранова, Т. І. Бегова та ін.; за ред. В. І. Борисової, І. В. Спасибо-Фатєєвої, В. Л. Яроцького. Х.: Право, 2011. Т. 1. 656 с.

535. Цивільний кодекс України: Закон України від 16.01.2003 № 435-IV. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/435-15>.

536. Чишко К. О. Адміністративно-правова кваліфікація правопорушень у сфері забезпечення громадського порядку та громадської безпеки: монографія. Харків: Панов, 2017. 232 с.

537. Чого чекати медикам? У МОЗ розповіли про плани на лікарів. URL: <https://medprosvita.com.ua/chogo-chekat-medikam-v-moz-rozprovili-pro-plani-na-likari>.

538. Чорна А. М. Сутність та значення адміністративно-правового забезпечення прав суб'єктів підприємницької діяльності у сфері оподаткування. *Visegrad journal on human rights.* 2017. № 1. С. 128–133.

539. Шатковський Я. М. Стандартизація у системі обов'язкового медичного страхування в Україні (адміністративно-правовий аспект): дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. К., 2009. 205 с.

540. Шаус Я. Л. Врачебные ошибки и незаконное врачевание. М., 1926. 154 с.

541. Шевченко Е. О. Визначення поняття адміністративно-правових відносин з урахуванням пріоритетного значення та ролі в них суб'єкта адміністративного права (на прикладі адміністративного суду). *Форум права*. 2011. № 1. С. 1116–1122. URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/FP_index.htm_2011_1_180.pdf.

542. Школярська О. Супрунгейт як діагноз. URL: <https://racurs.ua/ua/2253-suprungeyt-yak-diagnoz.html>.

543. Шопіна І. М. Адміністративно-правове регулювання управління органами внутрішніх справ України: дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. К., 2012. 514 с.

544. Шорина Е. В. Контроль за деятельностью органов государственного управления в СССР. М.: Наука, 1981. 301 с.

545. Шумило М. М. Правовідносини у сфері пенсійного забезпечення в Україні: монографія. К.: Ніка-Центр, 2016. 680 с.

546. Шутак І. Д., Онищук І. І. Юридична техніка: навчальний посібник. Івано-Франківськ, 2013. 496 с.

547. Щербина В. С. Державний нагляд (контроль) у сфері господарювання: удосконалення правового регулювання. *Юридична Україна*. 2009. № 11. С. 84–87.

548. Щербиніна М. Б., Скирда І. Ю. Реформа системи охорони здоров'я України: проблеми сьогодення. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/26830>.

549. Юридична енциклопедія: в 6 т. / за заг. ред. Ю. С. Шемшученко. К.: Укр. енцикл., 2003. Т. 5: П-С. 736 с.

550. Юсупов В. А. Правоприменительная деятельность органов управления. М.: Юрид. лит., 1979. 136 с.

551. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін.; Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна». Київ, 2018. 368 с.

552. Яковенко Р. В. Основи економічної теорії для технічних спеціальностей: конспект лекцій. Кропивницький, 2016. 50 с.

553. Якуба О. М. Административная ответственность Москва: Юридическая литература. 1972. 152 с.

554. Barack Obama. United States Health Care Reform Progress to Date and Next Steps. JAMA Network. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2533698>.

555. Beyond Obamacare: What's Ahead for U.S. Health Care in. 2018. URL: <http://knowledge.wharton.upenn.edu/article/the-future-of-the-aca>.

556. David J. Hunter, Philip C. Berman. Public health management Time for a new start? *European Journal of Public Health*, Volume 7, Issue 3, September 1997, Pages 345–349.

557. Hanna Engqvist. Health Care System Report – Poland & Estonia. Master of Science Thesis. Department of signals and systems chalmers University of technology. Gothenburg, Sweden. 2012. Report №. EX002/2012. URL: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.882.3689&rep=rep1&type=pdf>.

558. Miola J. Medical Ethics and Medical Law: A Symbiotic Relationship. Hart, Oxford. 2007. Paperback. 248 pp.

559. Public Health Management. World Health Organization 2002. P. 24.

560. Recommendation № R (80) 2 Council of Europe Committee of Ministers Concerning The Exercise Of Discretionary Powers By Administrative Authorities (Adopted by the Committee of Ministers on 11 March 1980 at the 316th meeting of the Ministers' Deputies). URL: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016804f22ae>.

561. Richard B. Saltman, Antonio Duran. Governance, Government, and the Search for New Provider Models. *Health Policy and Management*. 2016. Jan; 5(1): 33–42.

562. Sandra Victoria Nei. Estonian Health Care System: Accomplishments and Challenges, BSc, MA Faculty of Medicine, University of Tartu, Estonia, European Scientific Journal April 2017 /SPECIAL/ edition ISSN: 1857 – 7881 (Print) – ISSN 1857–7431 p. 111.

563. Serhii V. Knysh, Sergiy M. Gusarov, Nikolay L. Shelukhin, Ivan F. Kharaberiush, Viktoriia R. Bila. Modernization of State Administration System in the Health Care Sphere of Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2019, T. 72. № 5 cz. I. P. 887–891.

564. State of the Union 2019: How health care issues played into the president's address. ABC News Internet Ventures. ABC News Network. URL: <https://abcnews.go.com/Health/state-union-2019-health-care-issues-played-presidents/story?id=60890583>.

565. Susan Dorr Goold, Mack Lipkin Jr. The Doctor-Patient Relationship. *Gen intern med* (1999). 14 (Suppl 1): S 26. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00267.x>.

566. Tata Chanturidze, Konrad Obermann. Governance in Health – The Need for Exchange and Evidence. *Health Policy and Management*. 2016 Aug; 5(8): 507–510.

567. Teremetskyi V.I., Knysh S.V., Stratonov V.M., Khramtsov O.M., Stashchak M.V. Organizational and Legal Determinants of Implementing International Experience in the Health Care Sector of Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2019, T. 72. № 4. P. 711–715.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

Монографія:

1. Книш С. В. Відносини у сфері охорони здоров'я в Україні: адміністративно-правовий аспект: моногр. Київ: Освіта України, 2019. 443 с.

Статті у наукових фахових виданнях України:

2. Книш С. В. Загальна характеристика підстав виникнення та розвитку адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2017. Вип. 1. Том 2. С. 61–67.

3. Книш С. В. Окремі аспекти вдосконалення адміністративної відповідальності за правопорушення у сфері охорони здоров'я України. *Юридичний бюлетень*. 2017. Вип. 5. С. 141–146.

4. Книш С. В. Правове забезпечення фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. *Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ*. 2018. № 3 (82). С. 65–73.

5. Книш С. В. Юридична відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я в Україні. *Право і безпека*. 2018. № 4. С. 43–49.

6. Книш С. В. Санітарно-епідемічне благополуччя населення як об'єкт контрольно-наглядової діяльності. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2018. Вип. 4 (25). Т. 3. С. 29–31.

7. Книш С. В. Специфіка адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я (на прикладі реєстраційних і дозвільних процедур). *Південноукраїнський правничий часопис*. 2018. № 4. Ч. 2. С. 48–51.

8. Книш С. В. Загальна характеристика системи принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Порівняльно-аналітичне право*. 2018. № 6. С. 237–240.

9. Книш С. В. Аналіз сучасного стану адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2018. Вип. 6. Т. 2. С. 72–75.

10. Книш С. В. Врегулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я в Україні адміністративно-правовими засобами. Вісник Маріупольського державного університету. Серія: Право. Маріуполь: МДУ, 2018. Вип. 16. С. 45–52.

11. Книш С. В. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в умовах реалізації медичної реформи. *Наука і правоохорона*. 2019. № 1. С. 65–72.

12. Книш С. В. Актуальні проблеми розвитку адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я (в умовах реформи). *Вісник Маріупольського державного університету*. Серія: Право. 2019. Вип. 17. С. 8–14.

13. Книш С. В. Види форм забезпечення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Журнал східноєвропейського права*. 2019. № 60. С. 64–70.

14. Книш С. В. Поняття об'єкта адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія «Юриспруденція». 2019. № 38. С. 67–70.

15. Книш С. В. Деякі теоретичні аспекти сутності адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2019. Вип. 1. Т. 1 С. 147–152.

16. Книш С. В. Загальна характеристика зовнішніх адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я: поняття та ознаки. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. Вип. 1(26). С. 140–144.

17. Книш С. В. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та європерспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. Київ, 2019. № 1(17). С. 54–60.

18. Книш С. В., Теремецький В. І. Розмежування адміністративних і цивільних правовідносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Право і державне управління*. 2019. № 2. Т. 5. С. 47–53.

Статті в періодичних наукових виданнях, що індексуються БД Scopus:

19. Теремецкий В. И., Музычук А. Н., Салманова Е. Ю., Казначеева Д. В., Кныш С. В. Укрепление договорных начал в правоотношениях между пациентом и лечебным заведением при реформировании системы здравоохранения в Украине. *Georgian Medical News*. 2018. № 11. С. 155–159.

20. Кныш С. В., Одерий А. В., Сарана С. В., Айрапетян А. С., Бова Є. Ю. Соотношение индивидуального и общего интереса в медицинских правоотношениях. *Georgian Medical News*. 2018. № 7–8. С. 134–139.

21. Teremetskyi V.I., Knysh S.V., Stratonov V.M., Khramtsov O.M., Stashchak M.V. Organizational and Legal Determinants of Implementing International Experience in the Health Care Sector of Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2019, T. 72. № 4. P. 711–715.

22. S.V. Knysh, S.M. Gusarov, N.L. Shelukhin, I. F. Kharaberiush, V. R. Bila. Modernization of State Administration System in the Health Care Sphere of Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2019, T. 72. № 5. Cz. I. P. 887–891.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

23. Книш С. В. Інтерес як засіб розмежування публічних та приватних правовідносин у сфері охорони здоров'я. *Проблеми та стан дотримання захисту прав людини в Україні: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 17–18 серпня 2018 р.)*. Львів: Західноукраїнська організація «Центр правничих ініціатив», 2018. С. 65–68.

24. Книш С. В. Міжнародні засади в системі принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я: загальна характеристика. Сучасні проблеми правового, економічного та соціального розвитку держави: тези доп. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Харків, 30 листопада 2018 р.). Харків: ХНУВС, 2018. С. 54–56.

25. Книш С. В. Право на охорону здоров'я в Загальній декларації прав людини. Збірник тез круглого столу, присвяченого 70-й річниці прийняття Загальної декларації прав людини: збірник тез (м. Київ, 14 груд. 2018 р.). К.: ДНДІ МВС України, 2018. С. 91–94.

26. Книш С. В. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Польщі: позитивний досвід для України. Держава і право в умовах глобалізації: реалії та перспективи: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 1-2 лютого 2019 р.). Дніпро: ГО «Правовий світ», 2019. С. 47–49.

27. Книш С. В. Інспекційні процедури як вид адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я. Верховенство права у процесі державотворення та захисту прав людини в Україні: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 8-9.02.2019). Одеса: ГО «Причорноморська фундація права». 2019. С. 60–62.

28. Книш С. В. Непрямі методи забезпечення адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. Право як ефективний суспільний регулятор: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 15-16 лютого 2019 р.). Львів: Західноукраїнська організація «Центр правничих ініціатив», 2019. С. 77–78.

29. Книш С. В. Окремі питання здійснення контрольної-наглядової діяльності у сфері охорони здоров'я. Вплив юридичної науки на розвиток міжнародного та національного законодавства: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Харків, 15-16 лютого 2019 р.). Харків: ГО «Асоціація аспірантів-юристів», 2019. С. 30–32.

30. Книш С. В. Види контролю у сфері охорони здоров'я в Україні. Правове забезпечення політики держави на сучасному етапі її розвитку. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Харків, 1–2 березня 2019 р.). Х.: Східноукраїнська наукова юридична організація, 2019. С. 53–56.

31. Книш С. В. Трудові та публічно-службові правовідносин у процесі адміністрування сферою охорони здоров'я: проблеми співіснування. Міжнародне та національне законодавство: способи удосконалення: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 29–30 березня 2019 р.). Дніпро: ДГУ, 2019. С. 97–100.

32. Книш С. В. Правова природа відносин у сфері охорони здоров'я. Теорія та практика сучасної юриспруденції: матеріали XIX Всеукраїнської

наукової конференції. Х.: Асоціація випускників НЮУ ім. Ярослава Мудрого (м. Харків, 30 березня 2019 р.). Харків, 2019. С. 193–195.

33. Книш С. В. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я в Україні. Україна в умовах реформування правової системи: сучасні реалії та міжнародний досвід: матеріали IV міжнар. наук.-практ. конф. (м. Тернопіль, 5-6 квітня 2019 р.). Тернопіль: Економічна думка, 2019. Т. 1. С. 42–45.

34. Книш С. В. Польський досвід удосконалення функціонування системи охорони здоров'я (правовий аспект). Євроінтеграція: польський досвід і українські перспективи: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (12 квітня 2019 р., м. Одеса). Одеса: МГУ, 2019. С. 104–110.

35. Книш С. В. Проблеми адміністративно-правового регулювання відносин у сфері сурогатного материнства в Україні. Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (12 квітня 2019 р., м. Ужгород). Ужгород: Олександри Гаркуші, 2019. С. 78–80.

36. Книш С. В. Особистість лікаря крізь призму реформування сфери охорони здоров'я. Особистість, суспільство, закон: тези доп. учасників міжнар. наук.-практ. конф. (25 квітня 2019 р., м. Харків). Харків: ХНУВС, 2019. С. 62–65.

37. Теремецький В. І., Книш С. В. Адміністративно-правове забезпечення медичних гарантій в контексті реформи охорони здоров'я в Україні. «Особенности адаптации законодательства Молдовы и Украины»: междунар. науч.-практ. конф. (23-24 марта 2019, г. Кишинев). Кишинев, 2019. С. 108–111.

38. Книш С. В. Державна політика у сфері охорони здоров'я. Правова доктрина: міжнародний досвід та практична реалізація в Україні: матер. міжнар. наук.-практ. конф. (22 травня 2019 р., м. Маріуполь). Маріуполь: МДУ, 2019. С. 218–220.

**ПРОЕКТ
ЗАКОНУ УКРАЇНИ**

**«Про внесення змін та доповнень до деяких законодавчих актів України
щодо підвищення ефективності відносин у сфері охорони здоров'я
України»**

Верховна Рада України постановляє:

I. Внести зміни до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ, зокрема:

1) статтю 4 Закону «Основні принципи охорони здоров'я» доповнити частиною такого змісту: «Україна керується дванадцятьма принципами організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я, затвердженими Всесвітньою медичною асоціацією від 01.10.1963».

2) частину 1 статті 15 Закону «Органи охорони здоров'я» доповнити словами: у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

3) частину 3 статті 16 Закону «Заклади охорони здоров'я» доповнити та викласти у наступній редакції: «Держава сприяє розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності.

Порядок створення, припинення закладів охорони здоров'я, особливості діяльності та класифікація закладів визначаються законом та наказами центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Мережа державних, комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Існуюча мережа таких закладів може бути оптимізована відповідно до потреб медичного обслуговування населення.

Планування розвитку мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я, прийняття рішень про її оптимізацію, створення, реорганізацію, перепрофілювання державних і комунальних закладів охорони здоров'я здійснюються відповідно до закону органами, уповноваженими управляти об'єктами відповідно державної і комунальної власності, а також іншими суб'єктами, до сфери управління яких належать заклади охорони здоров'я.

Заклади охорони здоров'я можуть добровільно проходити акредитацію в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України. Не підлягають обов'язковій акредитації аптечні заклади. Акредитація аптечних закладів може здійснюватися на добровільних засадах.

Заклад охорони здоров'я провадить свою діяльність на підставі статуту (положення), що затверджується власником закладу (уповноваженим ним органом).

Керівником закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності може бути призначено лише особу, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, що встановлюються центральним органом виконавчої влади, який забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Призначення на посаду та звільнення з посади керівника закладу охорони здоров'я здійснюються відповідно до законодавства.

Керівники державних та комунальних закладів охорони здоров'я призначаються на посаду уповноваженим виконавчим органом управління власника закладу охорони здоров'я на конкурсній основі шляхом укладання з ними контракту на строк від трьох до п'яти років. Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я та порядок укладання контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я, а також типова форма такого контракту затверджуються Кабінетом Міністрів України. Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника закладу охорони здоров'я, що належить до сфери управління інших суб'єктів може передбачати додаткові умови, обумовлені відомчою належністю закладу охорони здоров'я.

Залежно від форми власності заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як державні, комунальні, відомчі, приватні чи засновані на змішаній формі власності. Державні, комунальні та відомчі заклади охорони здоров'я не підлягають приватизації.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я державної власності можуть утворюватися та функціонувати як казенні підприємства або державні установи.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я відомчої належності можуть утворюватися та функціонувати як казенні підприємства або державні установи, що належать до сфери управління суб'єкту владних повноважень.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи.

Заклади охорони здоров'я приватної власності не обмежені у виборі організаційно-правової форми.

Заклади охорони здоров'я, утворені в результаті реорганізації державних, відомчих та комунальних закладів охорони здоров'я – державних, відомчих та комунальних установ, можуть мати відокремлене майно (в тому числі кошти), закріплене за ними на праві оперативного управління, самостійний баланс, самостійно затверджувати штатний розпис, мати рахунки в установах банків, печатки».

2. Доповнити Закон України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 № 123/96-ВР розділом 6-1 під назвою «Реімбурсація лікарських засобів в Україні», який викласти у наступній редакції:

«Реімбурсація лікарських засобів полягає у повному або частковому відшкодуванні суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлі лікарськими засобами, вартості лікарських засобів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів Державного бюджету України.

Порядок реімбурсації лікарських засобів затверджується Кабінетом Міністрів України і визначає механізм повного або часткового відшкодування вартості (реімбурсації) лікарських засобів суб'єктам господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами.

Перелік лікарських засобів, які підлягають реімбурсації формується та затверджується центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я у встановленому порядку».

II. Прикінцеві положення.

1. Цей Закон набирає чинності з дня, наступного за днем його опублікування.

2. Кабінету Міністрів України протягом місяця з моменту набрання чинності цим Законом:

- привести свої нормативно-правові акти відповідно до цього Закону;
- погодити нормативно-правові акти міністерств та інших центральних органів виконавчої влади з цим Законом;

3. Міністерству юстиції України:

– провести експертизу нормативно-правових актів, які визначають механізми взаємодії спеціалізованих антикорупційних суб'єктів в Україні на предмет закріплення у них: принципу невторчання в роботу органу; механізмів попереднього узгодження дій щодо проведення окремих операцій; гарантії нерозголошення відомостей, які мають обмежений режим доступу;

– підготувати для Кабінету Міністрів України обґрунтування необхідності внесення наступних змін до Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я (затвердженої Розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р).

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА**до проекту Закону України**

«Про внесення змін та доповнень до деяких законодавчих актів України щодо підвищення ефективності відносин у сфері охорони здоров'я України»

1. Обґрунтування необхідності прийняття законопроекту

Реформування системи охорони здоров'я в Україні входить до числа 62 реформ та програм розвитку держави, передбачених Стратегією сталого розвитку «Україна – 2020», схваленої Указом Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015. Реалізація цієї реформи супроводжується прийняттям значної кількості нормативно-правових актів різної юридичної сили та численними суперечками в науково-експертному і політичному середовищі щодо переваг та недоліків системних трансформацій, які наразі відбуваються в цій сфері. За таких умов необхідним є вдосконалення окремих норм чинного законодавства. Саме на це і спрямовані положення цього законопроекту.

2. Цілі та завдання законопроекту

Основною метою законопроекту є:

– уточнення та деталізація окремих аспектів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, з метою підвищення її ефективності.

Законопроект передбачає:

1) удосконалення окремих положень Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;

2) формалізацію питань, пов'язаних з видами закладів охорони здоров'я в Україні;

3) удосконалення механізму реімбурсації лікарських засобів в Україні.

3. Загальна характеристика і основні положення законопроекту

Законопроектом пропонуються зміни та доповнення до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ, Закону України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 № 123/96-ВР. Цим

законопроектом пропонується врегулювати проблемні питання реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні.

4. Стан нормативно-правової бази у даній сфері правового регулювання

Нормативно-правову базу в цій сфері правового регулювання складають Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ, Закон України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 № 123/96-ВР.

5. Запобігання корупції

Зазначений проект закону не містить в собі корупційних ризиків.

6. Фінансово-економічне обґрунтування законопроекту

Реалізація положень законопроекту не впливатиме на дохідну чи видаткову частини Державного бюджету України ані на поточний рік, ані на наступні роки.

Реалізація положень цього законопроекту не потребуватиме додаткових видатків з Державного бюджету України та місцевих бюджетів.

7. Прогноз соціально-економічних та інших наслідків прийняття законопроекту

Прийняття Закону забезпечить:

- удосконалення організаційних засад реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні;
- підвищення ефективності форм та методів діяльності закладів охорони здоров'я в Україні, незалежно від форми власності;
- унормування процедурних аспектів механізму реімбурсації лікарських засобів в Україні.

**НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ
ІНСТИТУТ
ПУБЛІЧНОГО ПРАВА**
вул. Г. Кірпи, 2 А, м. Київ, 03035
Тел. 044 228-1031
E-mail: sipl@email.ua
sipl@i.ua
www.sipl.com.ua



**SCIENTIFIC INSTITUTE
OF PUBLIC LAW**
2 a, Kirpy str., Kyiv, 03035
Tel. +38 044 228-1031
E-mail: sipl@email.ua
sipl@i.ua
www.sipl.com.ua

18.03.2019 № Г-81

Спеціалізованій вченій раді

ДОВІДКА

про впровадження у науково-дослідну діяльність НДПП результатів дисертаційного дослідження на тему «Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні» здобувача кафедри публічно-правових дисциплін Університету сучасних знань Книша Сергія Володимировича

Повідомляємо спеціалізованій вченій раді, що результати докторської дисертації Книша Сергія Володимировича на тему: «Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні» становлять вагомий внесок у розвиток юридичної науки та правозастосовної практики та використовуються Науково-дослідним інститутом публічного права під час проведення наукових досліджень в межах реалізації теми «Правове забезпечення прав, свобод та законних інтересів суб'єктів публічно-правових відносин» (номер державної реєстрації № 0115U005495), розробки пропозицій і рекомендацій, спрямованих на удосконалення національного законодавства з питань оптимізації правового регулювання відносин з охорони здоров'я в Україні.

Директор Інституту



Галунько В.В.



УНІВЕРСИТЕТ СУЧАСНИХ ЗНАНЬ

«Затверджую»

Ректор

Університету сучасних знань

Ю. А. Ведерніков



«17» жовтня 2018 року

Акт

**впровадження результатів дисертаційного дослідження
Книша Сергія Володимировича на тему «Адміністративно-правові
відносини у сфері охорони здоров'я в Україні» у навчальний процес
Університету сучасних знань**

Комісія у складі: професора кафедри публічно-правових дисциплін к.ю.н, доцента А.С. Мацка – голови комісії, професора кафедри приватно-правових дисциплін к.ю.н., доцента Т.В. Чехович – члена комісії, доцента кафедри публічно-правових дисциплін к.ю.н, доцента В.А. Бортняка – члена комісії склала цей акт про те, що окремі наукові та практичні положення дисертаційної роботи «Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні» здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук С.В. Книша використовуються у навчальному процесі при підготовці та проведенні семінарських і практичних занять зі студентами з навчальної дисципліни «Адміністративне право».

Результати наукового дослідження використані при підготовці семінарських занять та чотирьох лекцій за темами «Особливості адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я» (загальним обсягом 18 стор.), «Сучасний стан адміністративно-правового регулювання

відносин у сфері охорони здоров'я в Україні» (загальним обсягом 15 стор.), «Система суб'єктів, які наділені владними повноваженнями з питань охорони здоров'я, та особливості їх адміністративно-правового статусу» (загальним обсягом 16 стор.). Крім того, студентам рекомендовано у процесі підготовки до занять з навчальної дисципліни «Адміністративне право» використовувати як джерела літератури, так і наукові публікації Книша С.В., в яких відображено результати дисертаційного дослідження на тему «Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні».

Голова комісії:

**професор кафедри публічно-правових дисциплін
к.ю.н, доцент**

А.С. Мацко

Члени комісії:

**професор кафедри приватно-правових дисциплін
к.ю.н, доцент**

Т.В. Чехович

**доцент кафедри публічно-правових дисциплін
к.ю.н, доцент**

В.А. Бортняк



ВОЛИНСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ВОЛИНСЬКЕ ОБЛАСНЕ ДИТЯЧЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ
пр. Відродження, 30, м. Луцьк, 43024, тел. 25-61-71, факс 71-28-51
E-mail: vodtmo2@gmail.com код ЄДРПОУ 21751226

19.02.2018 № 219/2-08.18

ДОВІДКА

про впровадження в практичну діяльність КП «Волинське обласне дитяче територіальне об'єднання» міста Луцька результатів дисертаційного дослідження «Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні» завідувача кафедри загальнотеоретичних правових дисциплін Рівненського інституту Київського університету права НАН України
Книша С.В.

Сформульовані Книшем С.В. висновки та пропозиції, що містяться в дисертаційному дослідженні на тему «Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні» мають важливе практичне значення для вирішення низки проблемних питань реалізації адміністративних процедур, що існують у медичній практиці, удосконалення контролю і нагляду при здійсненні медичної діяльності, розуміння особливості адміністративно-правового статусу суб'єктів, які наділені та не наділені владними повноваженнями у сфері охорони здоров'я в Україні.

Цьому сприяло використання Книшем С.В. результатів узагальнення практики діяльності органів державних та приватних медичних закладів, політико-правової публіцистики, судової практики, вивчення доктринальних досліджень у галузі адміністративного і медичного права, а також аналіз чинного законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні. Дисертація має практичну спрямованість. Одержані результати можуть бути використані в практичній діяльності медичних працівників різних рівнів.

Генеральний директор ВОДТМО

Лявченко С.В.