

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

*Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису*

БІЛАН СТАНІСЛАВ ЮРІЙОВИЧ

УДК 342.9

ДИСЕРТАЦІЯ

**АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

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. Ю. Білан

Науковий керівник – **Топорецька Зоряна Миколаївна**, доктор юридичних
наук, доцент

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Білан С. Ю. Адміністративно-правові засади забезпечення доступності медичної допомоги. – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук за спеціальністю 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». – Науково-дослідний інститут публічного права, Науково-дослідний інститут публічного права, Київ, 2025.

Дисертація є однією з перших наукових спроб вирішити наукове завдання щодо розробки адміністративно-правових засад забезпечення доступності медичної допомоги, в якій обґрунтовано теоретичні положення щодо розуміння поняття та змісту доступності медичної допомоги за такими елементами як особиста, територіальна та фінансова доступність, а також надано практичні рекомендації щодо удосконалення законодавства та адміністративно-правових засобів забезпечення доступності медичної допомоги зараз у воєнні часи, у період післявоєнного відновлення та відбудови та з урахуванням прагнень України стати повноправним членом ЄС.

Доступність медичної допомоги визначено у двох аспектах: як конституційне право громадянина та як принцип державної політики у сфері охорони здоров'я (принцип охорони здоров'я). Доступність медичної допомоги є гарантованим Конституцією України правом громадян, яке передбачає надання безоплатно в будь-яких державних та комунальних закладах охорони здоров'я, які є територіально зручними (доступними) для особи, медичної допомоги кожному, хто її потребує, в обсязі, який необхідний в конкретний період часу відповідно до стану здоров'я громадян. Доступність медичної допомоги як принцип охорони здоров'я – це одна з основних (керівних) ідей, положень, які виступають основою для формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Вони включають в себе систему публічного адміністрування, що спрямована на забезпечення цього принципу, і включає в себе ряд завдань щодо: створення територіально доступної і спроможної мережі

закладів охорони здоров'я, забезпечення достатньої кількості медичного персоналу, забезпечення безперервного фінансування з державного та місцевих бюджетів необхідних видів медичної допомоги тощо.

Визначено засоби адміністративно-правового забезпечення доступності медичної допомоги за кожною з визначених трьох складових. Запропоновано особисту доступність розуміти як рівний і справедливий доступ до медичної допомоги для всіх з урахуванням потреб кожного в певному виді та обсязі медичної допомоги. Запропоновано чіткі показники особистої доступності медичної допомоги: вільний вибір пацієнтом лікаря та закладу для отримання медичної допомоги; можливість отримати послугу за місцем проживання (перебування) пацієнта, у тому числі з використанням телемедицини; підвищення задоволеності пацієнтів медичними послугами та посилення довіри до сімейної медицини; зменшення малюкової смертності; зменшення кількості смертей від раку, інсультів та інфарктів; своєчасність отримання необхідної медичної допомоги та суттєве зменшення часу очікування та отримання необхідної планової медичної допомоги, забезпечення прозорості ведення черги пацієнтів на отримання дороговартісних медичних послуг;

Визначено фінансову доступність медичної допомоги з позицій соціальної справедливості як угоди між державою і суспільством, де держава гарантує суспільству рівний безоплатний доступ для всіх до «гарантованого пакета» безоплатної медичної допомоги згідно з основними потребами суспільства та відповідно до медичних потреб кожного пацієнта, в державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

Територіальна доступність забезпечується через наявність розвинутої спроможної мережі ЗОЗ, яка спроможна забезпечити потребу населення на певній території всіма видами медичної допомоги в обсязі, який їм необхідний. Вона включає не лише територіальну наявність ЗОЗ, але й наявність кваліфікованого медичного персоналу та необхідного медичного обладнання на певній території.

Встановлено, що ефективність засобів адміністративно-правового забезпечення особистої доступності медичної допомоги оцінюється за певними вказаними вище показниками, як щодо окремого пацієнта, так щодо показників у суспільстві в цілому, особиста справедлива доступність медичної допомоги для кожного зберігає і зміцнює здоров'я кожного окремо і громадське здоров'я в цілому.

Проаналізовано ефективність засобів адміністративно-правового забезпечення територіальної доступності медичної допомоги через показники, визначені нормативно в постанові КМУ № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я», зокрема через: формування спроможної мережі; зміну структури та розширення послуг первинної медичної допомоги; формування та забезпечення виконання плану розвитку госпітального округу; забезпечення фінансової стійкості закладу охорони здоров'я; фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я; поступового вдосконалення транспортної доступності до закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі; розвитку аеромедичної евакуації в усіх областях; розвитку кадрової спроможності.

Визначено, що засобами адміністративно-правового забезпечення фінансової доступності медичної допомоги є не може включати надання необмеженої кількості медичних послуг безоплатно для громадян, а оцінюється з позицій забезпечення соціальної справедливості як угоди між державою і суспільством, де держава буде гарантувати суспільству рівний безоплатний доступ для всіх «гарантованого пакета» безоплатної медичної допомоги згідно з основними потребами суспільства та відповідно до медичних потреб кожного пацієнта, тому перелік платних медичних послуг для громадян має бути передбачений на рівні закону, а не постанови КМУ.

Визначено перелік пріоритетів для забезпечення доступності медичної допомоги для населення в умовах воєнного стану: прийняти порядок діяльності мобільних бригад з надання медичної допомоги для забезпечення

територіальної доступності медичної допомоги та запровадити їх роботу в тих регіонах, де не може надаватись медична допомога через пошкодження чи руйнування ЗОЗ або через небезпеку для медичних працівників перебувати там постійно; розширити мережу надання психосоціальної допомоги населенню шляхом створення окремих центрів психічного (ментального) здоров'я, які були б структурними підрозділами ЗОЗ та могли забезпечити весь комплекс послуг у сфері психічного здоров'я, у тому числі забезпечили роботу виїзних команд, які могли б забезпечувати надання психосоціальної чи психіатричної допомоги за місцем проживання чи перебування пацієнта; розвивати телемедицину для забезпечення особистої доступності медичної допомоги людям, які не можуть відвідати лікаря;

Запропоновано напрями забезпечення розширення доступності медичної допомоги у період післявоєнного відновлення та відбудови, зокрема: розширення територіальної доступності має відбуватись через будівництво нових і відновлення пошкоджених лікарень, через залучення інструментів державно-приватного партнерства; фінансова доступність медичної допомоги вимагатиме реформування законодавства у сфері охорони здоров'я у частині розвитку медичного страхування (обов'язкового та добровільного); визначення на рівні закону переліку платних послуг, які надаватимуться ЗОЗ, розширення фінансування сфери охорони здоров'я за рахунок приватного бізнесу, зокрема ринків антиблаг (гральний бізнес, лотереї, виробництво та продаж алкогольних та тютюнових виробів, солодких газованих напоїв) шляхом запровадження підвищених податків або додаткової підвищеної плати за ліцензії на здійснення діяльності, пов'язаної з такими антиблагами та спрямовування отриманих коштів на забезпечення доступності медичної допомоги для населення; для розширення особистої доступності важливим завданням буде повернення українців з-за кордону і збереження нації, тому питання збереження і зміцнення здоров'я населення, що вимагатиме забезпечення підтримки на рівні ПМД сімей з дітьми і забезпечення їм надання медичних послуг в сімейному середовищі; збереження психічного здоров'я населення та розширення

діяльності мобільних бригад у сфері психічного здоров'я та послуг телемедицини; розбудова системи профілактики хвороб, насамперед тих, які є причиною передчасної смерті українців: інсульти, інфаркти, онкологічні хвороби.

Визначено перелік пріоритетних зобов'язань України у сфері забезпечення доступності медичної допомоги, як кандидата в члени ЄС, а саме визначено перелік документів ЄС щодо: збереження та зміцнення здоров'я дітей, зниження рівня захворюваності на онкологічні хвороби та збереження і зміцнення психічного здоров'я населення.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що сформульовані й викладені в дисертаційному дослідженні висновки, рекомендації та пропозиції застосовуються та в майбутньому можуть бути використані у: правотворчій діяльності – за результатами дослідження сформульовано пропозиції щодо вдосконалення законодавства України, які можуть бути використані під час розробки відповідних проєктів нормативно-правових актів; правозастосуванні – в практичній діяльності органів виконавчої влади під час формування та реалізації державної політики у сфері забезпечення доступності медичної допомоги; освітньому процесі та науково-дослідній роботі – при викладанні навчальних дисциплін з адміністративного права, підготовки навчальних, науково-практичних і методичних посібників, підручників, курсів лекцій.

Ключові слова: адміністративно-правові засади, доступність медичної допомоги, права пацієнта, територіальна доступність, фінансова доступність, особиста доступність, охорона здоров'я.

SUMMARY

Bilan S. Yu. Administrative and legal principles of ensuring the availability of medical care. – *Qualifying scientific work on the rights of manuscript.*

Dissertation for obtaining the scientific degree of candidate of juridical sciences on the specialty 12.00.07 «Administrative Law and Procedure; Financial Law; Information Law». – Scientific Institute of Public Law, Scientific Institute of Public Law, Kyiv, 2025.

The dissertation is one of the first scientific attempts at the problems of a scientific task regarding the development of administrative and legal tasks of ensuring the availability of medical care, in which the theoretical provisions regarding the understanding and content of the availability of medical care based on such elements as personal, territorial and financial availability are substantiated, as well as practical recommendations are provided. Regarding the improvement of legislation and administrative and legal means of ensuring the availability of medical care now in wartime, in the period of post-war recovery and reconstruction, and considering Ukraine's desire to become a full member of the EU.

Access to medical care is defined in two aspects: as a constitutional right of a citizen and as a principle of state policy in the field of health care (principle of health care). The availability of medical care is a citizens' right guaranteed by the Constitution of Ukraine, which provides for the provision of free of charge in any state and communal health care facilities that are territorially convenient (accessible) for a person, medical care to everyone who needs it, in the amount that is necessary in a specific period according to the state of health of citizens. The availability of medical care as a principle of health care is one of the main (guiding) ideas, provisions that serve as the basis for the formation and implementation of state policy in the field of health care. They include a system of public administration aimed at ensuring this principle and include a number of tasks related to: creating a territorially accessible and favorable network of health care facilities, ensuring a sufficient number of medical personnel, ensuring continuous funding from state and local budgets types of medical care, etc.

The means of administrative and legal provision of the availability of medical care for the skin from the three identified components have been determined. It is suggested that personal availability should be understood as equal and fair access to medical care for everyone with the needs of everyone in a certain form and volume of medical care. Clear indicators of personal availability of medical care are proposed: the patient is free to choose a doctor and institution for receiving medical care; the possibility of receiving a service at the patient's place of residence (stay), including using telemedicine; increasing satisfaction with the use of medical services and strengthening trust in family medicine; reduction of infant mortality; reducing the number of deaths from cancer, strokes and heart attacks; the timeliness of receiving the necessary medical assistance and a significant reduction of the waiting time and provision of the necessary planned medical assistance, ensuring the transparency of the use queue for receiving expensive medical services;

The financial availability of medical care is determined from the standpoint of social justice as an agreement between the state and society, where the state guarantees society equal free access for everyone to a "guaranteed package" of free medical care in accordance with the basic needs of society and in accordance with the medical needs of the patient, in state and communal institutions health care.

Territorial accessibility is ensured through the presence of a developed and capable network of health care facilities, which can meet the needs of the population in a certain area with all types of medical care in the amount they need. It includes not only the territorial presence of health care facilities, but also the presence of qualified medical personnel and necessary medical equipment in a certain territory.

It has been established that the effectiveness of administrative and legal means of ensuring personal availability of medical care is evaluated by certain higher indicators, both in relation to an individual patient and in relation to indicators in society, especially fair access to medical care for everyone preserves and strengthens the health of each individual and public health in general.

The effectiveness of the means of administrative and legal provision of territorial accessibility of medical care was analyzed through the indicators defined

normatively in the resolution of the CMU No. 174 "Some issues of the organization of a capable network of health care institutions", in particular through: formation of a capable network; changing the structure and expansion of primary medical care services; formation and implementation of the hospital district development plan; ensuring the financial stability of the health care institution; financing of local programs for the development and support of communal health care facilities; gradual improvement of transport accessibility to health care facilities included in the capable network; development of aeromedical evacuation in all regions; development of human resources.

It was determined that the administrative and legal means of ensuring the financial availability of medical care cannot include the provision of an unlimited number of medical services free of charge for citizens, but is evaluated from the standpoint of ensuring social justice as an agreement between the state and society, where the state will guarantee society equal free access for all " "guaranteed package" of free medical care in accordance with the basic needs of society and in accordance with the medical needs of each patient, therefore the list of paid medical services for citizens should be provided at the level of the law, and not by the decree of the CMU.

A list of priorities for ensuring the availability of medical care for the population in conditions of martial law is defined: adopt the procedure for the operation of mobile medical aid teams to ensure the territorial availability of medical care and implement their work in those regions where medical care cannot be provided due to damage or destruction of health care facilities or due to the danger for medical workers to stay there constantly; expand the network of provision of psychosocial assistance to the population by creating separate centers of mental (mental) health, which would be structural subdivisions of health centers and could provide the entire range of services in the field of mental health, including providing the work of field teams that could provide psychosocial or psychiatric care at the patient's place of residence or stay; develop telemedicine to ensure personal availability of medical care to people who cannot visit a doctor;

Directions for increasing the availability of medical care in the period of post-war recovery and reconstruction are proposed, in particular: the expansion of territorial availability should take place through the construction of new and restoration of damaged hospitals, through the involvement of public-private partnership tools; the financial availability of medical care will require reforming the legislation in the field of health care in terms of the development of medical insurance (mandatory and voluntary); determination at the legal level of the list of paid services to be provided by health care providers, expansion of financing of the health care sector at the expense of private business, in particular anti-bullying markets (gambling business, lotteries, production and sale of alcoholic and tobacco products, sweet carbonated drinks) by introducing increased taxes or an additional increased fee for a license to carry out activities related to such anti-goods and direct the received funds to ensure the availability of medical care for the population; for the expansion of personal accessibility, an important task will be the return of Ukrainians from abroad and the preservation of the nation, therefore the issue of preserving and strengthening the health of the population, which will require providing support at the PMD level for families with children and providing them with medical services in a family environment; preserving the mental health of the population and expanding the activities of mobile teams in the field of mental health and telemedicine services; development of the disease prevention system, primarily those that are the cause of premature death of Ukrainians: strokes, heart attacks, oncological diseases.

A list of priority obligations of Ukraine in the field of ensuring the availability of medical care, as a candidate for EU membership, has been defined, namely a list of EU documents related to: preserving and strengthening the health of children, reducing the incidence of oncological diseases, and preserving and strengthening mental health population.

The practical significance of the obtained results is that the conclusions, recommendations and proposals formulated and presented in the dissertation research are applied and in the future can be used in: law-making activity – based on the results of the research, proposals for improving the legislation of Ukraine were formulated,

which can be used during the development of relevant projects of normative legal acts; law enforcement – in the practical activity of executive authorities during the formation and implementation of state policy in the field of ensuring the availability of medical care; the educational process and research work – when teaching educational disciplines in administrative law, preparing educational, scientific-practical and methodical manuals, textbooks, lecture courses.

Key words: administrative and legal principles, availability of medical care, patient rights, territorial availability, financial availability, personal availability, health care.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Білан С. Ю. Впровадження черги пацієнтів як інструмент забезпечення державою своєчасності надання медичної допомоги. *Вісник кримінального судочинства*. 2021. № 3–4. С. 122–128.
2. Білан С. Ю. Адміністративно-правові засади забезпечення доступності медичної допомоги для населення в умовах воєнного стану. *Вісник кримінального судочинства*. 2022. № 3–4. С. 158–163.
3. Білан С. Ю. Спроможна мережа закладів охорони здоров'я: проблеми забезпечення доступності медичної допомоги. *Вісник кримінального судочинства*. 2023. № 3–4. С. 244–249.
4. Toporetska, Z., Shcherbyna, L., Denysenko, O., **Bilan, S.**, & Kryshchak, O. Legal mechanisms for gambling addiction protection: analysis of an emerging regulatory model in Ukraine. *Amazonia Investiga*. 2024. Vol. 13. Iss. 78. P. 242–249 (Web of Science).
5. Bilan S. The content of accessibility of medical care in Ukraine. *Baltic Journal of Legal and Social Sciences*. 2024. № 3. С. 6–12 (Латвійська Республіка).
6. Білан С. Ю. Вдосконалення забезпечення доступності медичної допомоги у період дії правового режиму воєнного стану. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету*. 2025. Вип. 87. Ч. 2. С. 305–311.

які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Білан С.Ю. Вплив корупційних ризиків на забезпечення доступності медичної допомоги. *Корупційні ризики в Україні: актуальні шляхи їх недопущення та подолання: міжнародна науково-практична конференція. Науково-дослідний інститут публічного права, (Львів-Торунь, 8 жовт. 2024 р.). Львів–Торунь: Liha-Pres, 2024. С. 11–14.*
8. Топорецька З.М., **Білан С.Ю.** Особиста доступність медичної допомоги і вільний вибір пацієнтом лікаря та методів лікування в практиці ЄСПЛ. *Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод в контексті 75-річчя*

діяльності Ради Європи: збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції (Хмельницький, 8 листоп. 2024 р.). Хмельницький: Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова, 2024. С. 114–116.

9. Білан С.Ю., Топорецька З.М. Адміністративно-правові засади забезпечення територіальної доступності медичної допомоги. *Розвиток сталої мобільності: глобальні та локальні рішення*: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (Кропивницький, 15 листоп. 2024 р.). Кропивницький, 2024. С. 16–19.

10. Білан С.Ю. Джерела забезпечення розширення доступності медичної допомоги у період післявоєнного відновлення та відбудови України. *Theoretical foundations of law, public management and practice of their application: International scientific conference* (Riga, the Republic of Latvia, December 25–26, 2024). Riga, Latvia: Baltija Publishing, 2024. С. 78–82.

11. Білан С. Ю. Правові засади забезпечення фінансової доступності медичної допомоги. *Current Issues of the World Economy, International Economic Relations and International Communications Amidst the Formation of a New World Order and Polarization of the World*: International scientific-practical conference (Riga, the Republic of Latvia, March 24–25, 2025). Vol. 1. Riga, Latvia: Baltija Publishing, 2025. С. 233–237.

12. Білан С. Показники забезпечення права на особисту доступність медичної допомоги. *Право. Комунікація. Суспільство. Law. Communication. Society. Das Recht. Die Kommunikation. Die Gesellschaft. Le Droit. La Communication. La Société*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти (українською та іноземними мовами) (Львів, 4 квіт. 2025 р.). Львів: ЛьвДУВС, 2025. С. 332–334.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	16
ВСТУП.....	17
РОЗДІЛ 1.....	27
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	27
1.1. Теоретико-методологічні підходи до визначення поняття доступності медичної допомоги.....	27
1.2. Зміст доступності медичної допомоги	39
1.3. Правові засади забезпечення доступності медичної допомоги	49
Висновки до розділу 1	65
РОЗДІЛ 2.....	68
ЗАСОБИ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	68
2.1. Засоби забезпечення особистої доступності медичної допомоги	68
2.2. Засоби забезпечення територіальної доступності медичної допомоги	84
2.3. Засоби забезпечення фінансової доступності медичної допомоги	99
Висновки до розділу 2	115
РОЗДІЛ 3.....	117
ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	117
3.1. Вдосконалення забезпечення доступності медичної допомоги у період дії правового режиму воєнного стану	117
3.2. Перспективи забезпечення розширення доступності медичної допомоги у період післявоєнного відновлення та відбудови.....	128

3.3. Виконання зобов'язань України щодо забезпечення доступності медичної допомоги в умовах підготовки до членства України в Європейському Союзі	138
Висновки до розділу 3	159
ВИСНОВКИ	162
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	168
ДОДАТКИ.....	198

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;
ВРУ – Верховна Рада України;
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я;
ЄС – Європейський Союз;
ЄСПЛ – Європейський суд з прав людини;
КК – Кримінальний кодекс;
КМУ – Кабінет Міністрів України;
КСУ – Конституційний Суд України;
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України;
НСЗУ – Національна служба здоров'я України;
ОДА – Обласна державна (військова) адміністрація;
Основи законодавства – Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;
ПМД – первинна медична допомога;
ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт;
абз. – абзац;
ст. – стаття;
п. – пункт;
пп. – підпункт;
ч. – частина.

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Забезпечення доступності медичної допомоги для населення є основною метою чи не всіх реформ охорони здоров'я, адже право на доступну медичну допомогу є конституційною гарантією для громадян та одним з принципів охорони здоров'я, який забезпечується всією системою охорони здоров'я. Доступність для пацієнтів всіх видів медичної допомоги є одночасно індикатором дієвості реформ у сфері охорони здоров'я, адже недоступність медичної допомоги тягне за собою корупцію у сфері охорони здоров'я, погіршення стану здоров'я населення через неможливість раннього виявлення та своєчасного лікування хвороб, що призводить до погіршення якості життя суспільства.

З початком повномасштабного вторгнення росії на територію нашої держави знову гостро постало питання доступності медичної допомоги для суспільства, адже практично все населення нашої держави через пережитий стрес у зв'язку з воєнними діями отримало певний вплив на фізичне чи психічне здоров'я і потребує медичної допомоги, значна частина населення переїхала в інші регіони України. За даними Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) змінили місце свого проживання 4,8 мільйона українських дітей, з них понад 2 мільйони виїхали за межі країни. Згідно з дослідженням Центру економічної стратегії (ЦЕС) за кордоном через війну перебуває 4,9 млн українців. Всі ці люди потребують доступної медичної допомоги, адже завдання держави – збереження нації та повернення її в Україну і доступна медична допомога, яка дозволить зберегти і зміцнити здоров'я, стане одним з важливих індикаторів для повернення українців додому.

На доступність медичної допомоги вплинула окупація певної території нашої держави, мінування шляхів та територій, руйнування та пошкодження закладів охорони здоров'я, аптечних закладів, переїзд медичних працівників в більш безпечні регіони. Станом на грудень 2024 року за даними Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) внаслідок атак було пошкоджено 1938

медичних об'єкти, з них 715 закладів охорони здоров'я, а 297 об'єктів, з них 114 медзакладів – зруйновано повністю, знищено більше 600 аптек. У МОЗ повідомили, що лише 3% медпрацівників, які працювали в програмі державних гарантій медичного обслуговування населення, виїхали за кордон, проте в цілому по країні кількість внутрішньо переміщених медичних працівників складає понад 3,5 тисячі.

Крім того Україна отримала статус кандидата в члени Європейського Союзу (далі – ЄС), що вимагає від нашої держави виконання ряду вимог, які є необхідними для набуття нашою державою членства в ЄС. Окремим блоком питань в переговорному процесі є переговорний розділ 28, де визначено ряд завдань у сфері охорони здоров'я. Питання збереження і зміцнення здоров'я населення є важливим в переговорному процесі про вступ до ЄС.

Всі ці та інші фактори вимагають втручання держави та зміни підходів до формування та реалізації державної політики у питаннях доступності медичної допомоги, що вимагає оновлення законодавства та підходів до державного регулювання і контролю за сферою охорони здоров'я з боку усіх державних інституцій.

На жаль сьогодні ні в міжнародних документах, ні в національному законодавстві України немає визначення доступності медичної допомоги. Як правило, вона розглядається в складі інших прав пацієнта і дається перелік її складових, але не розкривається зміст поняття «доступність медичної допомоги».

Зв'язок теми дисертації із сучасними дослідженнями. Науково-теоретичним підґрунтям дослідження цієї проблеми стали роботи відомих вітчизняних вчених у сфері адміністративного права та процесу, господарського права, економіки, охорони здоров'я, зокрема, роботи: А.І. Берлacha, І.О. Буряк, Ю.М. Вітренка, В.О. Галай, Ю.В. Гаруста, Є.А. Гетьмана, З.С. Гладун, І.С. Демченка, Л.М. Дешко, О.В. Джафарової, Є.В. Дуліби, Д.В. Карамішева, О.Ф. Кобзаря, В.І. Курила, І.В. Курило, К.М. Куркової, Б.О. Логвиненка, Л.І. Луценко-Миськів, М.М. Малєїна, А.А. Манжули, А.Г. Миронова,

Г.В. Муляр, В.Ю. Оксіня, В.М. Пашкова, О.М. Пелагеша, Л.М. Підгорної, М.І. Пришляк, Н.В. Путіло, Я.Ф. Радиш, Г.Б. Романовського, В.М. Рудого, Л.М. Руснак, Л.О. Самілик, О.Л. Сіделковського, Є.Ю. Соболя, О.В. Солдатенка, О.М. Соловійової, Р.О. Стефанчука, В.Ю. Стеценка, О.Г. Стрельченко, Т.О. Тихомирова, Р.В. Шаповала, К.В. Шкарупи, та багатьох інших. Водночас у науці адміністративного права не розкрито питання поняття та змісту доступності медичної допомоги та адміністративно-правових засад його забезпечення. Неоднозначне розуміння змісту доступності медичної допомоги негативно впливає на діяльність державних органів, від рішень яких залежить організація спроможної системи охорони здоров'я, яка здатна забезпечити доступну медичну допомогу населенню в державі.

З огляду на викладене, недостатня теоретична розробка вказаного питання та практичні виклики, які постали перед нашою державою, зумовили потребу у проведенні глибокого правового аналізу проблем забезпечення державою доступності медичної допомоги та спонукали до вибору цієї теми наукового дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження узгоджується з основними положеннями: Плану заходів з виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 жовтня 2017 р. № 1106; Концепції розвитку системи громадського здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р.; Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р.; Національної стратегії контролю злочинних новоутворень на період до 2030 року, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 2 серпня 2024 р. № 730-р. Дисертацію виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи Науково-дослідного інституту публічного права «Правове забезпечення прав, свобод та

законних інтересів суб'єктів публічно-правових відносин» (номер державної реєстрації 0120U105390).

Мета і завдання дослідження. *Метою роботи є вирішення наукової проблеми щодо розробки адміністративно-правових засад забезпечення доступності медичної допомоги та формування науково обґрунтованих пропозицій щодо вдосконалення діяльності органів публічної адміністрації у питаннях забезпечення доступності медичної допомоги для населення за трьома складовими: територіальна, фінансова та особиста доступність.*

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі *завдання*:

- узагальнити теоретико-методологічні підходи до визначення поняття доступності медичної допомоги;
- встановити зміст доступності медичної допомоги;
- розкрити правову природу та правові засади забезпечення доступності медичної допомоги;
- з'ясувати засоби адміністративно-правового забезпечення особистої доступності медичної допомоги;
- визначити засоби адміністративно-правового забезпечення територіальної доступності медичної допомоги;
- оцінити засоби адміністративно-правового забезпечення фінансової доступності медичної допомоги;
- визначити шляхи вдосконалення адміністративно-правового забезпечення доступності медичної допомоги у період дії правового режиму воєнного стану;
- визначити перспективи забезпечення розширення доступності медичної допомоги у період післявоєнного відновлення та відбудови;
- узагальнити європейський досвід забезпечення доступності медичної допомоги та розкрити зобов'язання України щодо забезпечення доступності медичної допомоги в умовах підготовки до членства України в Європейському Союзі (ЄС).

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у процесі формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я під час надання медичної допомоги.

Предмет дослідження – адміністративно-правові засади забезпечення доступності медичної допомоги.

Методи дослідження обрано з урахуванням поставлених у роботі мети і завдань, специфіки об'єкта та предмета дослідження. Їх основу становить загальний *діалектичний* метод наукового пізнання явищ і процесів, який використано для пізнання правової природи доступності медичної допомоги як гарантованого Конституцією України одного з основних соціальних прав громадян та як принципу охорони здоров'я, а також для пізнання ролі державних інституцій в забезпеченні доступності медичної допомоги для суспільства (розділи 1–3). Спеціальними методами дослідження, використаними в дисертації, є: *системний аналіз*, що застосовувався в ході дослідження норм вітчизняного законодавства та законодавства ЄС, що регламентують правові засади забезпечення доступності медичної допомоги (підрозділи 1.3, 3.3); *системно-структурний* – для виокремлення елементів змісту доступності медичної допомоги (підрозділ 1.2) та засобів забезпечення кожного з елементів доступності медичної допомоги (підрозділи 2.1–2.3); *структурно-функціональний* – для визначення перспектив та шляхів удосконалення адміністративно-правових засобів забезпечення доступності медичної допомоги (розділ 3); *порівняльно-правовий* – при дослідженні та аналізі норм вітчизняного законодавства та законодавства Європейського Союзу з питань регулювання доступності медичної допомоги, що дало можливість сформулювати конкретні пропозиції (підрозділ 3.3); *формально-логічний (догматичний)* – при аналізі правових норм та для формулювання визначення юридичних понять (підрозділ 1.1).

Наукова новизна отриманих результатів полягає у тому, що дисертація є однією з перших наукових спроб вирішити наукове завдання щодо розробки адміністративно-правових засад забезпечення доступності медичної допомоги.

До основних положень, що характеризують новизну одержаних результатів й виносяться на захист, належать такі:

вперше:

- визначено чіткі показники особистої доступності медичної допомоги: вільний вибір пацієнтом лікаря та закладу для отримання медичної допомоги; можливість отримати послугу за місцем проживання (перебування) пацієнта, у тому числі з використанням телемедицини; підвищення задоволеності пацієнтів медичними послугами та посилення довіри до сімейної медицини; зменшення материнської смертності; зменшення кількості смертей від раку, інсультів та інфарктів; своєчасність отримання необхідної медичної допомоги та суттєве зменшення часу очікування та отримання необхідної планової медичної допомоги, забезпечення прозорості ведення черги пацієнтів на отримання дороговартісних медичних послуг;

- визначено фінансову доступність медичної допомоги з позицій соціальної справедливості як угоди між державою і суспільством, де держава буде гарантувати суспільству рівний безоплатний доступ для всіх до «гарантованого пакета» безоплатної медичної допомоги згідно з основними потребами суспільства та відповідно до медичних потреб кожного пацієнта, але не абсолютну безоплатність всієї медичної допомоги для усіх пацієнтів;

- визначено перелік пріоритетів щодо забезпечення доступності медичної допомоги для населення в умовах воєнного стану: прийняття порядку діяльності мобільних бригад з надання медичної допомоги для забезпечення територіальної доступності медичної допомоги та впровадження їх в тих регіонах, де не може надаватись медична допомога через пошкодження чи руйнування закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) або через небезпеку постійного перебування там медичних працівників; розширення мережі надання психосоціальної допомоги населенню шляхом створення окремих центрів психічного (ментального) здоров'я, які були б структурними підрозділами ЗОЗ та могли забезпечити весь комплекс послуг у сфері психічного здоров'я, у тому числі забезпечили роботу виїзних команд, які могли б забезпечувати надання психосоціальної чи

психіатричної допомоги за місцем проживання чи перебування пацієнта; розвиток телемедицини для забезпечення особистої доступності медичної допомоги людям, які не можуть відвідати лікаря;

– запропоновано напрями забезпечення розширення доступності медичної допомоги у період післявоєнного відновлення та відбудови, зокрема: розширення територіальної доступності має відбуватися через будівництво нових і відновлення пошкоджених лікарень шляхом залучення інструментів державно-приватного партнерства; фінансова доступність медичної допомоги вимагатиме реформування законодавства у сфері охорони здоров'я у частині розвитку медичного страхування (обов'язкового та добровільного); визначення на рівні закону переліку платних послуг, які надаватимуться ЗОЗ, розширення фінансування сфери охорони здоров'я за рахунок приватного бізнесу, зокрема ринків антиблаг (гральний бізнес, лотереї, виробництво та продаж алкогольних та тютюнових виробів, солодких газованих напоїв) шляхом запровадження підвищених податків або додаткової підвищеної плати за ліцензії на здійснення діяльності, пов'язаної з такими антиблагами та спрямування отриманих коштів на забезпечення доступності медичної допомоги для населення; для розширення особистої доступності важливим завданням буде повернення українців з-за кордону і збереження нації, тому питання збереження і зміцнення здоров'я населення вимагатиме забезпечення підтримки на рівні первинної медичної допомоги (ПМД) сімей з дітьми і забезпечення їм надання медичних послуг в сімейному середовищі; збереження психічного здоров'я населення та розширення діяльності мобільних бригад у сфері психічного здоров'я та послуг телемедицини; розбудова системи профілактики хвороб, насамперед тих, які є причиною передчасної смерті українців: інсульти, інфаркти, онкологічні хвороби;

удосконалено:

– перелік пріоритетних зобов'язань України у сфері забезпечення доступності медичної допомоги, як кандидата в члени ЄС, а саме визначено перелік заходів, які необхідно впровадити в Україні за найбільш чутливими і

важливими напрямками, що потребують сьогодні розширення доступності згідно з вимогами ЄС: збереження та зміцнення здоров'я дітей, зниження рівня захворюваності на онкологічні хвороби та збереження і зміцнення психічного здоров'я населення;

- визначення доступності медичної допомоги як двоаспектного поняття: як конституційного права громадянина та як принципу державної політики у сфері охорони здоров'я (принцип охорони здоров'я);

- наукові підходи щодо визначення змісту доступності медичної допомоги через аналіз таких елементів як особиста, територіальна та фінансова доступність медичної допомоги;

дістали подальшого розвитку:

- положення щодо виокремлення правових засад забезпечення доступності медичної допомоги з урахуванням останніх змін у формуванні державної політики за кожним з її видів: екстрена, первинна, спеціалізована, реабілітаційна та паліативна;

- критерії подальшого забезпечення територіальної доступності медичної допомоги з позицій діяльності спроможної мережі закладів охорони здоров'я та надано пропозиції щодо вдосконалення Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційне дослідження виконане автором самостійно. Викладені в дисертації положення, які становлять наукову новизну роботи, розроблені автором самостійно. Наукові ідеї та розробки, що належать співавторам опублікованих праць, у дисертації не використовувалися. У співавторстві з іншими науковцями опубліковано три наукових праці, що демонструють наукові результати дисертації: 1 стаття оприлюднена в закордонному періодичному науковому виданні та 2 тези доповідей на міжнародних науково-практичних конференціях. Зокрема наукова публікація «Legal mechanisms for gambling addiction protection: analysis of an emerging regulatory model in Ukraine» (видання – Amazonia Investiga) сформована на основі

авторського бачення доступності медичної допомоги для пацієнтів, які страждають на ігрову залежність (лудоманію). Публікація тез конференції «Особиста доступність медичної допомоги і вільний вибір пацієнтом лікаря та методів лікування в практиці ЄСПЛ» (м. Хмельницький, 8 листопада 2024 р.) базується на авторському розумінні змісту особистої доступності медичної допомоги для пацієнтів та можливості його обмеження; тези конференції «Адміністративно-правові засади забезпечення територіальної доступності медичної допомоги (м. Кропивницький, 15 листопада 2024 р.)» висвітлює авторське бачення проблем забезпечення територіальної доступності медичної допомоги.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що сформульовані й викладені в дисертаційному дослідженні висновки, рекомендації та пропозиції застосовуються та можуть бути використані у:

- *науково-дослідній сфері* – як теоретичне підґрунтя для проведення подальших теоретико-прикладних досліджень, присвячених адміністративно-правовим засадам забезпечення доступності медичної допомоги (акт впровадження Науково-дослідного інституту публічного права);

- *правотворчій діяльності* – за результатами дослідження сформульовано пропозиції щодо вдосконалення законодавства України, які можуть бути використані під час розробки відповідних проєктів нормативно-правових актів;

- *правозастосуванні* – в практичній діяльності органів виконавчої влади під час формування та реалізації державної політики у сфері забезпечення доступності медичної допомоги (довідка Міністерства охорони здоров'я України від 26 вересня 2024 р. №28/37127/2-24);

- *освітньому процесі* – при викладанні навчальних дисциплін з адміністративного права, підготовки навчальних, науково-практичних і методичних посібників, підручників, курсів лекцій.

Апробація матеріалів дисертації. Основні положення дисертації, висновки та рекомендації оприлюднено на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях та круглих столах: «Корупційні ризики в Україні:

актуальні шляхи їх недопущення та подолання» (м. Львів-Торунь, 8 жовтня 2024 р.); «Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод в контексті 75-річної діяльності Ради Європи» (м. Хмельницький, 8 листопада 2024 р.); «Розвиток сталої мобільності: глобальні та локальні рішення» (м. Кропивницький, 15 листопада 2024 р.); «Theoretical foundations of law, public management and practice of their application» (Riga, December 25–26, 2024); «Current Issues of the World Economy, International Economic Relations and International Communications Amidst the Formation of a New World Order and Polarization of the World» (Riga, March 24–25, 2025); «Право. Комунікація. Суспільство. Law. Communication. Society. Das Recht. Die Kommunikation. Die Gesellschaft. Le Droit. La Communication. La Société» (м. Львів, 4 квітня 2025 р.).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, що містять дев'ять підрозділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 204 сторінки. Список використаних джерел містить 236 найменувань і займає 30 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Теоретико-методологічні підходи до визначення поняття доступності медичної допомоги

Забезпечення доступності медичної допомоги для населення є основною метою чи не всіх реформ охорони здоров'я. При цьому, доступність для пацієнтів всіх видів медичної допомоги є одночасно і індикатором дієвості реформ у сфері охорони здоров'я, адже недоступність медичної допомоги тягне за собою корупцію у сфері охорони здоров'я, погіршення стану здоров'я населення через неможливість раннього виявлення та своєчасного лікування хвороб і як наслідок погіршення якості життя суспільства [48, с. 12]. Україна в умовах пандемії COVID-19 зіткнулась з проблемою дефіциту ресурсів охорони здоров'я у питаннях діагностики та лікування цієї хвороби.

З початком повномасштабного вторгнення росії на територію нашої держави знову гостро постало питання доступності медичної допомоги для суспільства, адже практично все населення нашої держави через пережитий стрес у зв'язку з воєнними діями отримало певний вплив на фізичне чи психічне здоров'я і потребує медичної допомоги. Крім того, на доступність медичної допомоги вплинула окупація певної території нашої держави, мінування шляхів та територій, руйнування закладів охорони здоров'я, переїзд медичних працівників в більш безпечні регіони та інші фактори, які вимагають втручання держави та зміни підходів до формування та реалізації державної політики у питаннях доступності медичної допомоги.

Питанням адміністративно-правових форм, методів та засобів забезпечення доступності медичної допомоги присвячені роботи І. Буряк, Ю. Вітренка, В. Галай, З. Гладун, І. Демченка, Л. Дешко, Д. Карамишева,

Б. Логвиненка, М. Малєїна, А. Миронова, В. Пашкова, О. Пелагеша, Л. Підгорної, М. Пришляк, Н. Путіло, Я. Радиш, Г. Романовського, В. Рудого, Л. Руснак, Л. Самілик, О. Сіделковського, О. Солдатенка, О. Соловійової, Р. Стефанчука, В. Стеценка, О. Стрельченко, Т. Тихомирова та багатьох інших.

Доступність медичної допомоги для населення була завданням ряду програмних національних документів [202, с. 109] Президента України, Парламенту та Уряду та детально досліджувалось науковцями в Україні в частині проведення медичних реформ на державному та регіональному [231, с. 55] рівнях, створення єдиного медичного простору [118, с. 33; 229, с. 158], впровадження медичного страхування [228, с. 47], забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я [209, с. 128]. Проте всі вони розглядали різні аспекти адміністративно-правового регулювання сфери охорони здоров'я з позицій доступності медичної допомоги в контексті медичних реформ мирного часу.

Питання доступності медичної допомоги в нових умовах воєнного стану, коли потреби населення в медичній допомозі зросли, а також змінились новими викликами: побільшало мінно-вибухових травм, травм пов'язаних з веденням бойових дій, ампутацій кінцівок. Гострою проблемою сьогодні є забезпечення доступності психологічної (психосоціальної) допомоги населенню у зв'язку з пережитим стресом, травматичними подіями на фронті, окупацією, перебуванням у полоні тощо. Ми впевнені що і після закінчення війни в період повоєнного відновлення, потреби в забезпеченні медичною допомогою також ставитимуть нові виклики перед державою для забезпечення доступності медичної, насамперед реабілітаційної, психологічної, психіатричної допомоги, ці питання сьогодні залишаються недослідженим.

З початком активних бойових дій на всіх території України медична система зіштовхнулась з новими викликами і побудована для мирного часу медична система виявилась неспроможною швидко реагувати та забезпечувати воєнні потреби. Так, окремі медичні працівники мобілізувались і пішли захищати нашу державу, інші переїхали в більш безпечні місця (у тому числі і за кордон, де

завжди був дефіцит медичних працівників і зарубіжні країни з радістю приймати на роботу українських фахівців), хтось залишився на окупованих територіях. Так, станом на кінець 2022 року близько 2,5 тисячі лікарів і медичних сестер залишили Україну. Також ще близько 4 тисяч медиків вимушено змінили місце роботи, оскільки їх заклади перебували в окупації або в зоні бойових дій [46, с. 160].

Щодо медичних закладів, то дуже багато з них було зруйновано або пошкоджено, така ж ситуація з аптечними закладами, які видавали медикаменти за програмою «Доступні ліки». Зокрема станом на серпень 2022 року всього 927 об'єктів — закладів охорони здоров'я, які пошкоджені окупантами, них 123 заклади зруйновані вщент та не підлягають відновленню, необхідне нове будівництво. Також було пошкоджено 505 аптечних закладів, де відпускалась і програма «Доступні ліки». 47 із них були зруйновані вщент і також відновленню не підлягають. 649 надавачів послуг — закладів охорони здоров'я перебувають на території, де Росія намагається встановити окупаційний режим [120]. Крім того, медичні заклади зіштовхнулись з серйозною проблемою безперебійного забезпечення електроенергією через масовані атаки росії на енергетичні об'єкти.

Також виникли проблеми з доставкою медичних препаратів, а також необхідністю надання медичної допомоги значній кількості військовим у закладах, які знаходились близько біля активних бойових дій і відповідно перепрофілювання цивільних закладів охорони здоров'я на військові потреби.

Значна кількість населення України стали вимушеними внутрішніми переселенцями, відповідно вони втратили зв'язок зі своїми сімейними лікарями і це ускладнювало можливість запису на прийом до лікарів в інших населених пунктах та отримання ліків за рецептом.

На жаль, сьогодні ні в міжнародних документах, ні в національному законодавстві України немає визначення доступності медичної допомоги. Як правило, вона розглядається в складі інших прав пацієнта і дається перелік її складових, але не розкривається зміст поняття доступність медичної допомоги.

Зокрема, чи не вперше про це згадується в ст. 25 Загальної декларації прав людини, де визначено, що «кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я» [89].

У Міжнародному пакті про економічні, соціальні й культурні права від 16.12.1966 р. передбачається право кожної людини на «найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я, для чого такі держави повинні вживати заходи, що необхідні для створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу й медичний догляд у разі хвороби» [130]. При цьому, тут не вказуються будь-які елементи доступності і не зазначається, чи така допомога надається безкоштовно або за якихось умов (оплата, медичне страхування тощо).

У 1986 році в м. Оттава (Канада) пройшла перша міжнародна конференція ВООЗ з поліпшення здоров'я, на якій було оприлюднено документ – Оттавська хартія щодо укріплення здоров'я, що містив, серед іншого, п'ять керівних принципів первинної медико-санітарної допомоги. Першим з цих принципів був принцип доступності, який було визначено як «забезпечення того, щоб послуги первинної медико-санітарної допомоги були доступні, доступні за ціною та надавалися в рівному ступені для всіх людей незалежно від їх віку, етнічної приналежності або місця знаходження» [28]. На відміну від документів, які згадані раніше, тут вже чітко говориться не про безоплатність, а про фінансову доступність медичної допомоги. Також тут вказується про особисту доступність – рівність доступу, але, на жаль, не акцентується увага на справедливості – доступ до необхідних послуг, обумовлених станом здоров'я.

У другій половині XX століття з'явилася низка міжнародних актів, у яких детально прописані права пацієнтів, а саме: «Рекомендації Ради Європи щодо прав хворого і помираючого (1976) (Recommendations on the rights of the sick and dying, 1976); Лісабонська декларація про права пацієнта (1981) (Lisbon Declaration on Patients' Rights, 1981); Права пацієнта в Європі, прийняті Всесвітньою організацією охорони здоров'я в 1993 р. (Patient rights in Europe, 1993); Декларація про політику у сфері забезпечення прав пацієнта в Європі 1994

р. (Основи концепції прав пацієнта в Європі: загальні положення – Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework) (Declaration on patient rights policy in Europe, 1994); Положення про доступ до медичної допомоги, прийняті 40-ю сесією Всесвітньої медичної асамблеї у Відні (1988) (Regulation on the availability of medical care, 1988). Лісабонською декларацією про права пацієнта, прийнятою у вересні – жовтні 1981 р., закріплено такі основні права пацієнтів, як права на вільний вибір лікаря, професійну допомогу лікаря, який у змозі приймати самостійні клінічні й етичні рішення, смерть із гідністю, конфіденційність взаємовідносин із лікарем тощо (Lisbon Declaration on Patients' Rights, 1981)» [117, с. 72].

Положення про доступ до медичної допомоги, прийняті 40-ю сесією Всесвітньої медичної асамблеї у Відні (1988) (Regulation on the availability of medical care, 1988) визначила доступність медичної допомоги як «багатовимірне поняття, яке включає баланс багатьох факторів у рамках жорстких практичних обмежень, спричинених особливостями ресурсів та можливостей держави. Ці фактори включають кадри, фінансування, транспортні засоби, свободу вибору, громадська освіта, якість та розподіл технічних ресурсів» [147].

Вагомим внеском у створення системи захисту та реалізації прав пацієнтів стали Основи концепції прав пацієнта в Європі (Амстердамська декларація). Як слушно звернула увагу О. Ліснич, «у ній вперше виділяються соціальні й індивідуальні права пацієнтів, які згодом називатимуться «позитивними» і «негативними», тобто права на щось і права, які виходять із чогось. Соціальні права в галузі охорони здоров'я (право на здоров'я, медичну допомогу) пов'язані із зобов'язаннями щодо забезпечення населення медичною допомогою, покладеними на уряд» [117, с. 72]. Амстердамська декларація європейського бюро ВООЗ у сфері прав пацієнтів визначила, що «соціальні прав громадян пов'язані з рівним доступом медичної допомоги для всіх жителів країни чи географічного регіону і усуненням фінансових, географічних, культурних, соціальних, психологічних та інших дискримінаційних бар'єрів» [30].

Серед міжнародних документів у сфері прав пацієнтів, прийнятих уже у ХХІ столітті, варто виділити, зокрема, Європейську хартію прав пацієнтів від 15.11.2002 р., яка закріплює чотирнадцять прав пацієнтів, доступність серед них йде другою після профілактики. В ній право на доступність допомоги визначено таким чином: «кожна особа має право на отримання доступної медичної допомоги, яка гарантовано надається кожному, без будь-якої дискримінації за матеріальним станом, місцем проживання, хворобою чи часом звертання по допомогу» (European Charter of Patients' Rights. Basis Document. Rome, November, 2002) [15]. Хартія має рекомендаційний характер, але об'єднані в потужну мережу організації з прав пацієнтів у Європі успішно пролобіювали визнання і прийняття прав, проголошених у Хартії, на законодавчому рівні [55, с. 13].

Щодо українського законодавства ключовою є Конституція України, що визначає право на охорону здоров'я в ст. 49, згідно з якою «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 та 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» [107].

Тут слід звернути увагу, що доступність охорони здоров'я є гарантованим конституцією правом кожного, хто знаходиться на території України, а доступність медичної допомоги – для громадян. При цьому, досі в законодавстві України та науковій правовій літературі та є ряд проблем, які необхідно вирішити з метою чіткого розуміння змісту доступності медичної допомоги. Так, наразі немає єдності наукових думок щодо співвідношення права на охорону здоров'я і права на медичну допомогу. Наприклад, В. Ковригіна відносить до складових поняття права на охорону здоров'я – охорону здоров'я та медичну допомогу. На переконання вченої, «вони не є рівнозначними, а співвідносяться як загальне й

похідне. Причому загальним є право на охорону здоров'я, а похідним – право на медичну допомогу» [99, с. 123].

З таким твердженням обґрунтовано не погоджується Г. Муляр, оскільки вона вважає, що «положення ст. 49 Конституції України виділяють три компоненти права на охорону здоров'я (охорона здоров'я, медична допомога, медичне страхування), проте найголовніша проблема полягає не у визначенні змісту цього права, а у його реальному забезпеченні правовими засобами» [133, с. 111]. Доповнимо також, що у ст. 3 Основ Законодавства визначає «здоров'я – стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад». Тому слід підтримати позицію Г. Муляр, що «медична допомога не є похідною від охорони здоров'я, а є значно ширшим поняттям, яке включає, зокрема, право на безпечне довкілля, право на відпочинок тощо. На підтвердження цього слід звернути увагу, що в Конституції України кожному гарантується право на охорону здоров'я, але лише громадянам гарантується доступне медичне обслуговування» (ст. 49 Конституції України) [107].

Право на охорону здоров'я прямо пов'язане з поняттям громадського здоров'я, а не з медичною допомогою. Відповідно до Закону України «Про систему громадського здоров'я», згідно ст. 1 якого «громадське здоров'я – сфера знань та організована діяльність суб'єктів системи громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, а система громадського здоров'я – комплекс інструментів та заходів, що здійснюються суб'єктами системи громадського здоров'я та спрямовані на захист і зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення» [173]. Вказаний Закон не вживає поняття доступність медичної допомоги, а говорить про принцип справедливості, під яким у п. 2 ч. 1 ст. 3 розуміє «створення належних умов для реалізації кожною людиною права на здоров'я та забезпечення рівного доступу до послуг охорони здоров'я відповідно до потреб упродовж усього життя». Далі по тексту

неодноразово вживається поняття рівний та справедливий доступ до послуг у сфері громадського здоров'я, але жодного разу не вживається поняття безоплатності.

Як зазначають С. Стеценко та Я. Шатковський «справедливість як загальний принцип забезпечення доступності медичної допомоги полягає, в тому, щоб правові норми, які розробляються законодавцями та авторами підзаконних нормативно-правових актів і врегульовують питання забезпечення доступності медичної допомоги, враховували б морально-етичні складові частини, рівний доступ до ресурсів медицини, адекватний розподіл благ у сфері охорони здоров'я» [209, с. 131].

У зв'язку з цим потребує дослідження питання співвідношення понять медична допомога та медична послуга. Медична допомога – «діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) – послуга, у тому числі реабілітаційна, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом або фізичною особою - підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником». Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт (ст. 3 Основ Законодавства) [139]. Таким чином, медична послуга є ширшим поняттям, ніж медична допомога, при цьому, доступність Конституцією України гарантується саме щодо медичної допомоги, а не медичної послуги, хоча наразі дуже складно розмежувати медичну допомогу та медичну послугу, адже медична допомога може включати медичні послуги, пов'язані з лікуванням хвороб, а також медичні послуги, які не пов'язані з лікуванням, але забезпечують надання медичної допомоги, як наприклад профілактичні медичні огляди, проведення окремих (необов'язкових)

профілактичних щеплень, проведення експертиз, проведення певних досліджень не у зв'язку з направленням лікаря, а за бажанням пацієнта тощо, забезпечення харчуванням та ліжко-місцями для стаціонарного перебування в закладі з дитиною тощо.

Доступність медичної допомоги є одним з принципів охорони здоров'я, закріпленому в ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [139] і визначеному як «рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я». Закон України «Про екстрену медичну допомогу» в ст. 3 передбачає, що «на території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, яка надається відповідно до цього Закону» [164]. Проте в законодавстві України не розкривається поняття доступності медичної допомоги.

Моделі організації медичної допомоги, у тому числі і з точки зору її доступності для населення, детально розглядала Г. Муляр, проте, на жаль, не дала визначення поняттю доступності медичної допомоги та не досліджувала його зміст [133, с. 338].

Я. Шатковський, досліджуючи питання адміністративно-правових засад забезпечення доступності медичної допомоги, також не дає визначення цього поняття, але пропонує включати до нього такі чинники, які на неї впливають: «програма державних гарантій медичного обслуговування населення (не вся медична допомога є безоплатною для пацієнта); доступність первинної медичної допомоги в сільській місцевості; стандартизація медичних послуг». Автор стверджує, що «медичні стандарти та доступність медичної допомоги – це дві сторони однієї медалі. Медалі якісної медичної допомоги. Тому що якісна – це і стандартизована і доступна медична допомога» [227, с. 254]. Таким чином, можемо зробити висновок, що тут автор акцентує увагу на фінансовій доступності, територіальній доступності медичної допомоги та однакової за стандартами надання медичної допомоги для всіх, тобто кожен пацієнт отримає право на отримання однакової якісної медичної допомоги відповідно до своїх

потреб. В принципі цей набір відповідає визначеному в ст. 49 Конституції України змісту права громадян на медичну допомогу. Звісно, що доступність і якість є різними поняттями, але ми погоджуємося з автором, що доступна медична допомога має бути якісною, тільки тоді можна говорити про забезпечення права кожного на охорону здоров'я.

Так, тут влучною буде думка Ю. Швеця, який вказує, що «рівень здоров'я населення значно залежить від здійснюваної державної політики, мета якої – забезпечити доступність медичної допомоги шляхом створення правових й організаційних умов надання послуг у галузі охорони здоров'я. Створення державою сприятливих умов для реалізації права людини на охорону здоров'я є, серед іншого, основою соціальної державної політики» [230, с. 203].

С. Стеценко та Я. Шатковський робили спробу розкрити поняття доступності медичної допомоги через правові принципи її забезпечення. Вони визначили принципами забезпечення доступності медичної допомоги «основоположні засади, які визначають загальну організаційно-правову спрямованість публічних інституцій стосовно уможливлення для пацієнта отримання в разі необхідності медичної допомоги незалежно від соціального статусу, місця проживання, матеріальних статків. Зазначені принципи запропоновано розділити на дві групи: загальні та спеціальні. До загальних принципів забезпечення доступності медичної допомоги віднесені такі: а) законність; б) справедливість; в) урахування фінансових можливостей держави. У свою чергу, до спеціальних принципів віднесено: а) урахування децентралізації та адміністративно-територіального устрою держави; б) акцентування на первинній ланці медичної допомоги; в) державні гарантії безоплатності мінімуму медичних послуг» [209, с. 130]. На нашу думку, тут змішано права пацієнта і обов'язки держави, у зв'язку з чим важко розмежувати зміст самого поняття доступності медичної допомоги.

Слід звернути увагу на спробу Л. Бондаревої розмежувати доступ до медичної допомоги «як можливість отримання населенням необхідної медичної допомоги, та доступність медичної допомоги, як виявлення наявності чи відсутності необхідних видів медичної допомоги» [56, с. 12]. Тут, а нашу думку,

вчена намагалась поєднати два аспекти доступності: право людини і принцип охорони здоров'я.

Так, забезпечення доступності медичної допомоги відповідно до законодавства також є одним з принципів охорони здоров'я, який забезпечується всією системою охорони здоров'я. Так, відповідно до ст. 4 Основ законодавства основними принципами охорони здоров'я в Україні, зокрема, є: «рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я» [139].

Охорона здоров'я згідно ст. 3 Основ законодавства – «це система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи-підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни» [139]. Як ми вже зазначали, охорона здоров'я є ширшим поняттям як медична допомога.

Відповідно ст. 4 Основ законодавства містить ще ряд основних принципів охорони здоров'я. Загальновизнано, що «одним із найважливіших пріоритетів публічної політики України є збереження та зміцнення здоров'я населення країни на підставі формування здорового способу життя, забезпечення доступності до медичних послуг та підвищення якості роботи усієї системи охорони здоров'я» [232, с. 169]. На нашу думку, принцип доступності (загальнодоступності) медичної допомоги є вихідним основним з цих принципів і повинен забезпечуватись державою передусім.

Н. Солоненко розглядає доступ до медичної допомоги як «нормативно врегульовану та організаційно забезпечену можливість надання й отримання кваліфікованої необхідної медичної допомоги своєчасно, повсюдно, в

достатньому обсязі та на прийнятних умовах (відповідно до спроможності відшкодування матеріальних витрат), враховуючи при цьому наявність або відсутність фізичних, територіально-географічних, фінансово-економічних або культурних перешкод (зокрема, можливість пацієнтів дістатися до закладів охорони здоров'я пішки або місцевим транспортом у межах години)» [38, с. 4].

І. Сенюта визначає право на медичну допомогу як «вид професійної діяльності, який включає сукупність заходів, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування і реабілітацію, з метою збереження, зміцнення, розвитку та, у разі порушення, відновлення максимально досяжного рівня фізичного й психічного стану людського організму, що здійснюється медичними працівниками, які мають на це право згідно з чинним законодавством» [196, с. 279]. На нашу думку, конституційне право кожного не може розкриватись через вид професійної діяльності.

Тому більш обґрунтованим видається визначення З. Скалецької, яка розглядає право на медичну допомогу як «можливість особи отримати професійну кваліфіковану допомогу з метою діагностики стану здоров'я, профілактики та лікування певних порушень здоров'я» [199, с. 93].

Враховуючи викладене, пропонуємо розглядати доступність медичної допомоги як конституційне право громадянина та як принцип державної політики у сфері охорони здоров'я (принцип охорони здоров'я).

Отже доступність медичної допомоги є гарантованим Конституцією України правом громадян, яке передбачає надання безоплатно в будь-яких державних та комунальних закладах охорони здоров'я, які є територіально зручними (доступними) для особи, медичної допомоги кожному, хто її потребує, в обсязі, який необхідний в конкретний період часу відповідно до стану здоров'я громадян.

Доступність медичної допомоги як принцип охорони здоров'я – це одна з основних (керівних) ідей, положень, які виступають основою для формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Вона включає в себе систему публічного адміністрування, що спрямована на забезпечення цього

принципу, і включає в себе ряд завдань щодо: створення територіально доступної і спроможної мережі закладів охорони здоров'я, забезпечення достатньої кількості медичного персоналу, забезпечення безперервного фінансування з державного та місцевих бюджетів необхідних видів медичної допомоги тощо.

1.2. Зміст доступності медичної допомоги

Доступність медичної допомоги, як ми вже зазначали вище, є конституційним правом громадян та одним з принципів охорони здоров'я, який забезпечується всією системою охорони здоров'я.

Питання різних аспектів забезпечення доступності медичної допомоги досліджували в своїх наукових роботах: С. Агієвець, В. Березін, А. Берlach, М. Білинська, І. Бондаренко, І. Буряк, Ю. Вороненко, В. Галай, З. Гладун, О. Глазунова, С. Гнатюк, І. Демченко, Т. Дудіна, Л. Жаліло, Н. Зайчева, Ю. Кір'якова, В. Коваленко, О. Корвецький, В. Лехан, З. Лободіна, Б. Логвиненко, Г. Лопушняк, Г. Муляр, В. Пашков, В. Перхов, Л. Підгорна, Н. Рингач, Г. Романовський, В. Рудий, Л. Руснак, О. Самойленко, І. Сенюта, О. Соловійова, Р. О. Стефанчук, О. С. Стеценко, Стрельченко, В. Сузима, Т. Тихомиров, Т. Фролова, Р. Шевчук, Т. Юрочко та інші. Проте однозначної позиції щодо розуміння змісту цього поняття в науковій юридичній літературі дотепер немає.

Крім того, за останні роки, особливо після початку повномасштабного вторгнення ворога на територію нашої держави соціально-економічна ситуація в країні зазнала суттєвих змін, що поставило перед нашою державою нові виклики у забезпеченні доступності медичної допомоги, адже змінились потреби в доступності. Зокрема, збільшилась кількість травм, пов'язаних з воєнними діями (мінно-вибухових травм), збільшилась потреба у забезпеченні психологічної та психіатричної допомоги через розлади психічного здоров'я населення у зв'язку з пережитими у війну стресами. Суттєво вплинула на доступність медичної

допомоги і окупація частини нашої території, руйнування закладів охорони здоров'я, масова міграція медичного персоналу за кордон тощо [46, с. 160].

Отже, доступність медичної допомоги є конституційним правом громадян України, а також одним з принципів охорони здоров'я. Так, відповідно до ст. 49 Конституції України «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» [107].

Конституція України в поняття доступності медичної допомоги вкладає такі ознаки: особиста доступність (є правом кожного громадянина і повинна бути надана кожному громадянину, *хто їх потребує (курсив автора)*); фінансова доступність (надається безоплатно для пацієнта в державних та комунальних закладах охорони здоров'я); територіальна доступність (існуюча мережа ЗОЗ не може бути скорочена, а навпаки мережа закладів має розвиватись).

Щодо безоплатності рішенням Конституційного Суду України вказано, що «положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги» [190]. Проте Конституційний Суд звернув увагу, що не забороняє вказане положення і можливості надання громадянам медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги (за термінологією Всесвітньої організації охорони здоров'я – «медичних послуг другорядного значення», «парамедичних послуг»), у зазначених закладах за окрему плату. На це вже зверталась увага у Рішенні Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних

зкладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» (справа про платні медичні послуги) від 25 листопада 1998 року №15-рп/98 [188]. Перелік таких платних послуг не може вторгатися у межі безоплатної медичної допомоги і відповідно до вимог пункту 6 частини першої статті 92 Конституції України має встановлюватись законом.

Так, Кабінетом Міністрів України 05 липня 2024 року прийнято постанову № 781 «Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб», яка набула чинності з 01 січня 2025 року [79]. Постаново передбачено перелік випадків, за яких заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності можуть надавати послуги з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб. Зокрема, постанова передбачає випадки окремо, коли оплачується медичне обслуговування, а коли додаткові послуги, які надаються додатково до медичного обслуговування. Так, медичне обслуговування платне у разі надання послуг з медичного обслуговування населення: без направлення лікаря; за договорами з юридичними особами; закладах охорони здоров'я, що належать до сфери управління Державного управління справами та державних органів, які входять до сектору безпеки і оборони пацієнтам, які не належать до прикріпленого контингенту; які не покриваються за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення. Але дискусійним залишається питання платності медичного обслуговування, яке не покривається через програму медичних гарантій, адже відповідно до Конституції України медичне обслуговування є безоплатним. Щодо так званих додаткових послуг, які пов'язані з наданням медичної допомоги, вказана постанова передбачає, що за плату можуть надаватись послуги з медичного обслуговування населення: за місцем проживання (перебування) пацієнта за самостійним вибором пацієнта за умови відсутності показання для їх надання; самостійний вибір лікуючого лікаря під час надання спеціалізованої медичної допомоги у плановому порядку у стаціонарних умовах; перебування в палаті із підвищеним рівнем комфорту та сервісу за самостійним вибором пацієнта [79]. Не можна погодитись з оплатним

вибором лікуючого лікаря, адже ст. 38 Основ законодавства гарантує кожному пацієнту «право на вільний вибір лікаря та методів лікування» [139].

Г. Муляр модель забезпечення реалізації права на охорону здоров'я визначено як типову конструкцію, структура і зміст якої формують національну систему охорони здоров'я з метою застосування організаційно-правових механізмів для всебічної реалізації права на охорону здоров'я як індивідуальної та суспільної цінності. Наведено переваги і недоліки існуючих моделей, а також критерії для їх визначення і типологізації. До моделей забезпечення реалізації права на охорону здоров'я залежно від ступеня забезпечення реалізації цього права запропоновано віднести: «1) базову модель, що гарантує лише мінімальні стандарти забезпечення права на охорону здоров'я; 2) опціональну модель, яка характеризується забезпеченням реалізації окремих складових права на охорону здоров'я; 3) абсолютну модель, що охоплює всі складові права на охорону здоров'я відповідно до сучасних уявлень про його зміст» [133, с. 339].

С. Книш наполягає на тому, що «необхідне 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» [97, с. 207].

Але з таким твердженням погодитись не можна, адже Україна взяла на себе ряд міжнародних зобов'язань щодо збереження і зміцнення громадського здоров'я, де, зокрема «гарантується доступ пацієнтів до новітніх процедур профілактики та лікування онкологічних захворювань, забезпечення доступності медичної допомоги для населення насамперед на рівні ПМД» [79] та ряд інших зобов'язань. Зрозуміло, що питання безоплатності для пацієнтів всієї медичної допомоги періодично піднімається в державі, адже сьогодні в складних умовах війни, а в подальшому в умовах післявоєнного відновлення державі вкрай складно покривати витрати на медичну допомогу для всього населення України. У провідних країнах Європи діють різні моделі доступності медичної допомоги,

вони зазвичай поєднуються з медичним страхуванням, тому, на нашу думку, слід говорити в рамках доступності медичної допомоги не про її безоплатність, а про справедливий рівний доступ для всіх до медичної допомоги, розділивши чітко медичні послуги, які входять до складу медичної допомоги (лікування) і медичні послуги, які безпосередньо з нею пов'язані, але не входять до її складу. Тоді можливо забезпечити рівний і справедливий доступ до медичної допомоги всім, хто цього потребуватиме у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами, а не тому, що це гарантує і оплачує держава чи місцевий бюджет.

Також, на нашу думку, некоректним є формулювання доступності медичної допомоги для кожного, адже: Конституція України вказує про доступність медичного обслуговування для громадян; медична допомога надається у зв'язку з певною потребою (хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами), а не за бажанням людини [35, с. 248].

Доступність не може і не повинна дорівнювати безоплатності всього для всіх, слід акцентувати увагу на безоплатності медичної допомоги для громадян, які дійсно того потребують, і в обсязі, який вони потребують у зв'язку зі своїм станом. Все ж інше додаткове повинно покриватись за рахунок медичного страхування, яке також гарантоване Конституцією України як елемент права на охорону здоров'я.

На відміну від попереднього автора Ю. Швець в поняття доступності вкладає: «відсутність дискримінації за будь-якими ознаками; фізичну (географічну) доступність; економічну доступність (вартість); доступність відповідної інформації» [97, с. 205]. Проте, на нашу думку, відсутність дискримінації хоча і згадується в міжнародних документах, але її не можна відносити до доступності медичної допомоги, адже це загальний конституційний принцип, закріплений в ст. 24 Конституції України і стосується всіх сфер суспільного життя, не лише охорони здоров'я. Щодо права на отримання інформації, вважаємо, що інформація не є медичною допомогою, а тому не може характеризувати її доступність.

Так, відповідно до статті 3 Основ законодавства медичну допомогу і медичну інформацію розділено: «медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами; медична інформація – інформація про медичне обслуговування особи або його результати, викладена в уніфікованій формі відповідно до вимог, встановлених законодавством, у тому числі інформація про стан здоров'я, діагнози та будь-які документи, що стосуються здоров'я та обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності людини» [139]. Тобто медична інформація супроводжує надання медичної допомоги, адже формується у зв'язку з її наданням і не може бути віднесена до доступності медичної допомоги. Як слушно зазначає А. Берлач зміст адміністративно-правового статусу медичних працівників полягає не лише у впровадженні заходів із надання медичної допомоги, але і у створенні інформаційної та консультаційної допомоги із впровадження знань про здоровий спосіб життя [44, с. 405].

Доступність медичної допомоги у країнах Європи включає в себе фізичну доступність, фінансову доступність та час очікування [2]. Вважаємо це дуже важливим, адже сьогодні на законодавчому рівні в Україні гарантія доступності медичної допомоги не включає час очікування, хоча це дуже важливо для планової медичної допомоги, яка є високотехнологічною або вимагає закупівлі дороговартісного медичного обладнання, як наприклад, трансплантація анатомічних матеріалів людини, ендопротезування великих суглобів, заміна кришталика ока, лікування рідкісних патологій тощо.

Дослідниця Л. Бондарева одна з перших у вітчизняній науці обґрунтувала суть поняття «доступність медичної допомоги» як «організаційно забезпечену можливість надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги населенню країни незалежно від географічних, економічних, соціальних, інформаційних, культурних та мовних бар'єрів» [56, с. 12]. Проте, на нашу думку, будь-які бар'єри, а не лише визначені, можуть бути проблемами

забезпечення доступності медичної допомоги, але не можуть характеризувати зміст поняття доступність медичної допомоги. Як, наприклад, зараз воєнний стан і воєнні дії, які ведуться на території України, є проблемами забезпечення елемента територіальної доступності медичної допомоги для частини населення нашої держави, але сам по собі воєнний стан не є елементом доступності медичної допомоги.

На відміну від попередніх поглядів, Л. Гамбург, О. Михайлик та Ю. Мосаєв ще додають до змісту доступності якість. Вони стверджують, що якість є однією зі складових змісту доступності, бо неякісне медичне обслуговування не досягає належного результату, нівелюючи право на доступну охорону здоров'я. Серед інших найважливіших складових доступності – безоплатність і своєчасність [68, с. 22]. Слід зазначити, що автори не розділяють понять охорона здоров'я та медична допомога, що нами не може бути сприйнято.

Якщо говорити про охорону здоров'я, то «доступність та якість медичної допомоги – основні показники, що визначають ефективність системи охорони здоров'я у будь-якій країні світу і рівень цивілізованості цієї країни, але доступність не є якістю, а якість доступністю. Це окремі категорії, які в цілому визначають ефективність категорії охорона здоров'я. Звісно ми не стверджуємо, що доступність медичної допомоги не передбачає її якісне надання, але кажемо про те, що ці категорії вимірюються різними показниками. Якість медичної допомоги оцінюється відповідно до медичних стандартів, тоді як доступність включає в себе зовсім інші категорії» [3, с. 8]. Проте важливо, що автори звертають увагу на питання своєчасності. На жаль, не розкриваючи його. На нашу думку, своєчасність це не негайне отримання медичної допомоги під час звернення пацієнта, але визначення необхідності її надання і надання саме в обсязі, який необхідний відповідно до стану пацієнта в конкретний час. Тобто своєчасною є медична допомога, яка надається відповідно до потреб та стану пацієнта. Це співвідноситься з визначенням нами вище правом не просто кожного громадянина, а кожного, хто цього потребує в певний час (своєчасно).

В. Матвіїв включає такі три критерії (рівні) доступності послуг первинної медичної допомоги, як якість, фінансова і територіальна або часова доступність медичних послуг. Тобто як і попередні дослідники, говорить про якість як елемент доступності. Для характеристики якості досліджують такі показники, як «умови надання медичних послуг (якісні показники приміщення – ремонт, чистота), ефективність (результативність) лікування, професіоналізм лікарів, ставлення до пацієнтів з боку лікарів і медичного персоналу. До другого критерію запропоновано включити три показники: можливість придбати чи отримати ліки відповідно до призначення лікаря; спроможність отримання лікування, включаючи консультацію, діагностичні та лабораторні обстеження, лікувальні процедури; наявність медичного обладнання та можливість отримання медичних послуг з його використанням. І у третьому – рівень їх територіальної або часової доступності, авторкою виокремлено п'ять складових показників: можливість вибору лікаря; тривалість очікування лікаря; графік прийому лікаря; можливість запису заздалегідь на прийом до лікаря на потрібний час; територіальна зручність розміщення медичного закладу та сполучення з ним» [125, с. 407]. Проте авторка нічого не вказує про необхідність (потребу) в отриманні медичної допомоги, що є визначальним для запропонованого нею третього рівня, адже територіальна і часова доступність має характеризуватись потребами. Держава не може забезпечувати бажання пацієнта, а має виходити з необхідності забезпечення такого права пацієнта в обсязі, який вимагається його станом здоров'я.

В. Петрихін в зміст доступності медичної допомоги вкладає такі складові частини: медичну, територіальну, соціальну та економічну. На нашу думку, важко зрозуміти розподіл між медичною та соціальною доступністю, адже автор стверджує, що «медична доступність визначається можливостями населення отримувати своєчасно екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) допомогу в існуючій мережі медичних закладів. Соціальна доступність визначається можливостями держави гарантувати

громадянам виконання конституційних прав та задоволенням самого населення цим процесом» [143, с. 62].

Чи не найбільш вдало, на нашу думку, питання доступності медичної допомоги розкрила О. Соловійова. Вона, досліджуючи доступність медичної допомоги, робить висновок, що «доступність медичної допомоги є одним з визнаних міжнародною спільнотою соціальних прав, яке забезпечується державами та включає такі складові елементи – правові (нормативні), організаційні, економічні та інформаційні» [202, с. 110]. До правового елемента вчена відносить «нормативне закріплення права на медичну допомогу, а також право на судовий захист у разі порушення цього права. Організаційний елемент передбачає створення розгалуженої мережі ЗОЗ, які створюють територіальну доступність та комфортні умови перебування пацієнтів (у тому числі для осіб з особливими потребами) та наявність достатньої кількості кваліфікованого персоналу (кадрів), які здатні надати медичну допомогу. Економічним складником є достатнє фінансування державою ЗОЗ державної та комунальної форми власності. Інформаційна складова забезпечує обізнаність населення щодо доступу до медичної допомоги, методів та способів лікування» [202, с. 111-112].

Експерти ВООЗ визначають фізичну, економічну та інформаційну доступність медичної допомоги. Під фізичною доступністю слід розуміти «наявність якісних медичних послуг у необхідних обсягах для тих, хто їх потребує; забезпеченість медичними працівниками, особливо лікарями; сприятливі години роботи медпрацівників, ефективні системи призначень та інші аспекти організації та доставки послуг, які дають змогу людям отримувати ці послуги, коли вони їм потрібні. Територіальна доступність є важливою з позиції своєчасності надання медичних послуг. Своєчасність – це здатність системи охорони здоров'я швидко надавати медичну допомогу після визнання потреби. Економічна доступність – це міра спроможності людей платити за медичні товари та послуги без фінансових труднощів. Доступність інформації визначає право на пошук, одержання та передавання інформації щодо розв'язання проблем із здоров'ям» [19].

В цьому контексті слід звернути увагу також на проведене опитування ВООЗ щодо потреб в галузі охорони здоров'я. Люди по всій Україні повідомляють, що «основними бар'єрами для доступу до медичної допомоги є вартість, часові обмеження, пов'язані з тим, щоб дістатися до медичного закладу і назад, час на отримання медичної допомоги, а також обмежена транспортна доступність. Але водночас з тих, хто звертався за медичною допомогою, 95% повідомили, що отримали послуги первинної медичної допомоги, а до 90% опитаних мали доступ до медичних послуг у зв'язку з хронічними захворюваннями» [84]. При цьому, люди не вказують інформаційну доступність як питання доступності медичної допомоги. Тому, як ми вже зазначали вище, право на інформацію нами не відноситься до категорії доступності медичної допомоги, адже медична інформація супроводжує надання медичної допомоги, оскільки формується у зв'язку з її наданням і не може бути віднесена до доступності медичної допомоги.

Отже елементами доступності медичної допомоги, на нашу думку, є:

особиста доступність – рівний доступ до медичної допомоги для всіх, адже медична допомога є правом кожного і повинна бути надана кожному, хто її потребує, в обсязі, який особа потребує та вчасно. Тому своєчасність медичної допомоги для пацієнта характеризує її особисту доступність. Звісно, що окремі категорії пацієнтів можуть потребувати медичної допомоги в більшому обсязі, ніж інші, тому рівність не означає однаковий обсяг надання медичних послуг, а лише означає рівність доступу для всіх громадян до медичної допомоги і справедливий доступ до неї, коли кожна особа отримує стільки допомоги, скільки вона потребує, але при цьому немає порушення прав інших пацієнтів;

фінансова доступність – надається безоплатно для пацієнта в державних та комунальних закладах охорони здоров'я в обсязі, який гарантується державою і є однаковим для всіх громадян. Тут мова не йде про абсолютну безоплатність всього для пацієнтів, а про гарантування державою безоплатності медичної допомоги в обсязі, який обумовлюється станом пацієнта. Фінансова доступність

медичної допомоги викликає чи не найбільше дискусій серед науковців та практиків;

територіальна доступність – наявність розвинутої спроможної мережі ЗОЗ, яка спроможна забезпечити потребу населення на певній території всіма видами медичної допомоги в обсязі, який їм необхідний. Сюди слід включати не лише територіальну наявність ЗОЗ, але й наявність кваліфікованого медичного персоналу та необхідного медичного обладнання на певній території, яке дозволяє надавати конкретні необхідні види медичної допомоги за тими напрямками, які потрібні населенню.

Все ці елементи в сукупності характеризують доступність надання медичної допомоги, але вона не є абсолютними, а оцінюються через категорію справедливості, а саме справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я серед громадян. Тобто мова йде не про абсолютне право людини на медичну допомогу і абсолютний обов'язок держави її надати, йдеться про можливість кожного громадянина звернутись за медичною допомогою і отримати необхідне своєчасне лікування незалежно від фінансової спроможності, місця проживання чи часу звернення за допомогою і лише з урахуванням стану здоров'я та потреб пацієнта.

1.3. Правові засади забезпечення доступності медичної допомоги

Доступність медичної допомоги, як ми вже зазначали в попередніх підрозділах, є одночасно і гарантованим Конституцією України правом громадянина і принципом державної політики у сфері охорони здоров'я (принципом охорони здоров'я). Доступність медичної допомоги як принцип охорони здоров'я – це одна з основних (керівних) ідей, положень, які виступають основою для формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Так, медична діяльність загалом і питання забезпечення доступності медичної допомоги зокрема є суспільними цінностями, відтак принципи права можуть розглядатись і у вимірі забезпечення доступності медичної допомоги.

Різним питанням правового регулювання права на охорону здоров'я та медичну допомогу присвячені численні роботи вітчизняних правників, зокрема: С. Антонова, Н. Болотіної, В. Булеци, І. Виноградової, Т. Волинець, В. Галай, З. Гладун, Д. Гомон, Р. Гревцової, Л. Дешко, О. Доценко, Н. Ілларіонова, О. Прасова, В. Самсонова, О. Солдатенко, М. Співак, І. Сенюти, В. Стеценко, О. Кашинцевої, А. Коваль, Н. Копачовець, О. Крилова, К. Крут, П. Лівака, Б. Логвиненка, Р. Мельника, Г. Муляр, Ю. Назирко, К. Наровської, А. Старченко, Д. Карамишева, Т. Тихомирової, З. Скалецької, О. Соловйової, М. Співак, В. Стеценко, В. Теремецького, Я. Шатковського, І. Шатковської та багатьох інших. Проте всі ці роботи висвітлюють загальні питання адміністративно-правового забезпечення, адміністративно-правової охорони та захисту (у тому числі юридичної відповідальності) прав громадян на охорону здоров'я. Питання адміністративно-правових засад діяльності МОЗ та ролі МОЗ в забезпеченні доступності медичної допомоги наразі є недослідженими.

Варто погодитись з тезою Р. Мельника, що «адміністративне право є конкретизованим конституційним правом, чим і може бути пояснений їхній надзвичайно тісний взаємозв'язок. Конституційні положення не відрізняються конкретністю, яка є необхідною для повноцінного регулювання суспільних відносин, що виникають у сфері публічного управління. У свою чергу, деталізація конституційних положень забезпечується внаслідок прийняття відповідних норм адміністративного права» [126, с. 9]. Вказана теза повністю відображає і гарантоване Конституцією України право на доступність медичної допомоги, всебічна і повна реалізація якого неможлива без його адміністративно-правового забезпечення.

З. Гладун також погоджується, що «серед правових норм, які регулюють відносини у сфері охорони громадського здоров'я, центральне місце належить нормам адміністративного права, що дозволяє вести мову про адміністративно-правову охорону здоров'я, яка передбачає здійснення певного виду різноманітних заходів з метою забезпечення реалізації права на охорону здоров'я» [70, с. 106]. Вчена зазначає, що «до складу законодавства про охорону

здоров'я відноситься велика кількість правових актів, що містять правові норми різної галузевої приналежності: цивільного, трудового, фінансового, господарського, земельного, кримінального та інших галузей права. Однак найбільшою за кількістю і колом регульованих відносин у цій сфері є група адміністративно-правових норм. Саме вони встановлюють правове регулювання організації охорони громадського здоров'я, державного управління і регулювання, захист і реалізацію прав громадян у цій сфері, містять численні вказівки на порядок проведення тих чи інших медичних процедур (наприклад, медичного огляду) і, нарешті, містять загальнообов'язкові санітарні і медичні правила та норми» [69, с. 227]. Вказані «адміністративно-правові норми умовно можна розділити на дві групи, віднісши до першої норми права загального характеру, що встановлюють правове регулювання організації надання медичної допомоги та здійснення державного санітарного нагляду та державного управління і регулювання відносин у цій сфері загалом, а до другої – норми, які встановлюють правове регулювання окремих видів відносин саме у цій сфері (з надання медичної допомоги і охорони здоров'я матерів і дітей, інвалідів та ВІЛ-інфікованих, з боротьби з інфекційними захворюваннями, щодо регулювання обігу в країні лікарських засобів і медичних виробів та ін.)» [71, с. 135].

Окрема група вчених (наприклад, Д. Гомон, В. Співак В.) трактують адміністративно-правове забезпечення охорони здоров'я як «комплекс правових механізмів, що реалізуються органами державної влади та місцевого самоврядування, їх посадовими і службовими особами в межах визначеної законом компетенції. Ці механізми спрямовані на нормативно-правове регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення належного рівня захисту прав, свобод і законних інтересів населення, необхідних для реалізації права на охорону здоров'я, його збереження та зміцнення, а також підвищення тривалості життя громадян» [72, с. 66; 203, с. 8].

Водночас, на нашу думку, вплив реалізується не лише під час формування державної політики (нормотворчого процесу), але й під час її реалізації, коли

виконуються регулятивна та охоронна функції державної політики. Щодо МОЗ, то лише прийняття ним певних наказів для забезпечення доступності медичної допомоги для населення недостатньо, необхідне і виконання цих наказів у насамперед у правовій формі шляхом видання актів індивідуальної дії, вчинення юридично значимих дій, укладення адміністративно-правових договорів. Адміністративно-правові договори можуть бути різноманітними і мають важливе значення для реалізації державної політики [23, с. 395]. Також можливе забезпечення доступності через неправові форми, які будуть додатковими для МОЗ: організаційно-управлінські, інформаційно-аналітичні, освітньо-наукові та інші заходи впливу на учасників правовідносин у сфері надання медичної допомоги.

З урахуванням викладених вище аргументів позиція Г. Муляр видається більш обґрунтованою, адже вчена розуміє адміністративно-правове забезпечення охорони здоров'я, що це «система заходів, що здійснюються уповноваженими суб'єктами та спрямовані на забезпечення реалізації права на охорону здоров'я шляхом застосування правових норм, інструментів, організаційних форм і методів адміністративно-правового впливу» [133, с. 58].

3. Гладун використовує термін адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я, яке розглядає як «сукупність форм, методів та інструментів, за допомогою яких держава впливає на діяльність суб'єктів і об'єктів системи охорони здоров'я з метою створення нормальних умов для функціонування системи надання медичної допомоги й охорони здоров'я та вирішення завдань зміцнення й охорони індивідуального і громадського здоров'я населення» [69, с. 506]. Але, як ми вже зазначали вище, лише адміністративно-правове регулювання недостатньо, оскільки публічне управління (публічне адміністрування) певною сферою суспільних відносин передбачає не лише формування, але й реалізацію державної політики у певній сфері.

Тому важливо звернути увагу на позицію І. Березовської, яка вказує, що «структурними елементами механізму застосування форм публічного адміністрування, за допомогою яких і здійснюється адміністративно-правове

забезпечення певної сфери є: 1) це норми адміністративного права, що закріплюють права та обов'язки учасників взаємодії у сфері охорони здоров'я; 2) це адміністративно-правові відносини, що складаються у процесі спільної діяльності суб'єктів взаємодії у сфері охорони здоров'я; 3) це акти реалізації прав та обов'язків учасників взаємодії, що виражаються у втіленні приписів норм адміністративного права у процесі взаємодії суб'єктів публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я» [43, с. 33].

Схожу позицію обстоює М. Литвиненко, пояснюючи, що «механізм адміністративно-правового регулювання відносин у сфері надання медичної допомоги населенню включає в себе сукупність форм, методів та інструментів, за допомогою яких держава впливає на діяльність об'єктів і суб'єктів охорони здоров'я з метою створення нормальних умов для функціонування системи надання медичної допомоги і охорони здоров'я та вирішення завдань зміцнення та охорони індивідуального і громадського здоров'я населення. У процесі здійснення адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я можна виділити дві наступні, взаємопов'язані між собою, його частини. Першою є та частина, коли вся система органів державної влади і місцевого самоврядування задіяні у процесі здійснення державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я, тобто інституційний механізм регулювання відносин у сфері охорони здоров'я. До його складу входять органи державної влади, місцевого самоврядування та інші суб'єкти права, задіяні у процесі реалізації політики охорони здоров'я, а також їх повноваження та відносини між собою та іншими суб'єктами. Другою адміністративно-правовою частиною є система правових норм, правових ідей та принципів, які творять законодавство про охорону здоров'я і які регулюють зміст та процес здійснення державного регулювання охорони здоров'я, тобто правовий механізм регулювання охорони здоров'я населення» [114, с. 5].

Дуже слушно і чітко визначила призначення адміністративного права К. Куркова, зазначивши, що призначенням адміністративного права потрібне завдання: «а) здійснення організаційних заходів щодо створення гідних умов

життя людини; б) захист громадянина в його правах від дій органів публічної адміністрації (їх службовців); в) унормування діяльності публічної адміністрації (їх службовців) таким чином, щоб вона могла ефективно виконувати свої завдання та функції» [111, с. 275].

Якщо говорити про норми адміністративного права, що закріплюють доступність медичної допомоги, то такі норми містяться у Конституції України, як право громадян і деталізуються (реалізуються) в законах та підзаконних нормативно-правових актах, як реалізація принципу державної політики у сфері охорони здоров'я – доступність (загальнодоступність) медичної допомоги.

Отже основним законом у сфері охорони здоров'я, так званім «медичним кодексом», сьогодні є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Доступність медичної допомоги є одним з принципів охорони здоров'я, закріпленому в ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [139] і визначено, його «як рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я». У статті 12 Основ передбачено, що охорона здоров'я – «один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію». Ч. 5 ст. 14 Основ передбачає, що «міністерства, інші центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність в сфері охорони здоров'я». Тобто це підтверджує, що забезпечення доступності медичної допомоги як складової охорони здоров'я не може бути забезпечене лише прийняттям певних-нормативно-правових актів, а вимагає вчинення певних дій, спрямованих на їх виконання.

Основним документом, який визначає повноваження МОЗ, у тому числі, у сфері забезпечення доступності медичної допомоги, є Положення про Міністерство охорони здоров'я України (далі – Положення), затверджене

постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 р. № 90). Згідно пункту 1 вказаного Положення «МОЗ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, а також захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, попередження та профілактики неінфекційних захворювань, зокрема в частині розвитку медичних послуг, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення» [148]. Медичні послуги є основою (ядром) медичної допомоги, адже медична допомога зазвичай включає певний комплекс медичних послуг, які замовляються та оплачуються державою, органами місцевого самоврядування, певними підприємствами, установами чи організаціями або ж самим пацієнтом. Саме за комплексом медичних послуг можна оцінити рівень доступності медичної допомоги певного виду чи напрямку.

Згідно п. 4 Положення МОЗ має широкі повноваження. До тих, якими може бути забезпечено доступність медичної допомоги, на нашу думку, можна віднести такі:

«повноваження щодо формування державної політики:

розробляє проекти законів та інших нормативно-правових актів з питань, що належать до його компетенції;

погоджує проекти законів, інші акти законодавства, які надходять на погодження від інших міністерств та центральних органів виконавчої влади, готує в межах повноважень, передбачених законом, висновки і пропозиції до проектів законів, інших актів законодавства, які подаються на розгляд Кабінету Міністрів України, та проектів законів, внесених на розгляд Верховної Ради України іншими суб'єктами права законодавчої ініціативи, нормативно-правових актів Верховної Ради Автономної Республіки Крим;

готує в межах повноважень, передбачених законом, зауваження і пропозиції до прийнятих Верховною Радою України законів, що надійшли на підпис Президента України;

визначає перспективи та пріоритетні напрями розвитку сфер охорони здоров'я, у яких МОЗ формує та реалізує державну політику;

здійснює нормативно-правове регулювання у сферах охорони здоров'я, у яких МОЗ формує та реалізує державну політику;

здійснює міжнародне співробітництво, забезпечує виконання зобов'язань, взятих за міжнародними договорами України з питань, що належать до компетенції МОЗ;

затверджує порядок надання медичної допомоги лікарями та іншими медичними працівниками і порядок направлення пацієнтів до закладу охорони здоров'я, що надає медичну допомогу відповідного виду;

затверджує порядки надання первинної, спеціалізованої, екстреної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації;

затверджує перелік дозволених до застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів»;

«повноваження щодо реалізації державної політики:

забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, додержання закладами охорони здоров'я, підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я та прав пацієнта;

готує пропозиції стосовно визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я, розробляє та організовує виконання державних комплексних та цільових програм охорони здоров'я;

ліцензування господарської діяльності з медичної практики контроль за додержанням ліцензіатами вимог ліцензійних умов з медичної практики;

акредитацію закладів охорони здоров'я;

організацію екстреної медичної допомоги, медичної допомоги на первинному, спеціалізованому рівні, паліативної медичної допомоги та медичної реабілітації, організацію надання медичної допомоги за спеціальностями, у тому числі із застосуванням телемедицини;

моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я;

контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, та дотриманням галузевих стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій» [148].

Звісно МОЗ має значно більше різних повноважень, але ми виділили лише ті, що безпосередньо пов'язані з наданням медичної допомоги певного виду. Слід вернути увагу, що відповідно до ст. 33 Основ законодавства медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, спеціалізовану, паліативну [139]. Тому слід розглянути правові засади діяльності МОЗ щодо забезпечення доступності кожного виду медичної допомоги.

По-суті, МОЗ наділено комплексом надвідомчих повноважень, які дозволяють йому розробляти і приймати медичні правила і норми, медичні стандарти, санітарні норми і правила, що мають надвідомчий характер. Тому роль МОЗ у збереженні і зміцненні здоров'я населення в цілому та забезпеченні доступності медичної допомоги зокрема, є ключовою.

Закон України «Про екстрену медичну допомогу» в ст. 3 передбачає, що «на території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, яка надається відповідно до цього Закону» [164]. Відповідно до ч. 2 ст. 6 цього Закону МОЗ наділено такими повноваженнями:

- «забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері надання екстреної медичної допомоги;

- визначає пріоритетні напрями розвитку системи екстреної медичної допомоги;

- забезпечує нормативно-правове регулювання діяльності системи екстреної медичної допомоги та надання екстреної медичної допомоги відповідно до цього Закону;

- узагальнює практику застосування законодавства у сфері надання екстреної медичної допомоги, розробляє пропозиції щодо його вдосконалення та внесення в установленому порядку проектів відповідних нормативно-правових актів;

погоджує щорічні регіональні плани функціонування та розвитку системи екстреної медичної допомоги в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі;

визначає єдині вимоги та критерії 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 та ліквідації їх наслідків, здійснює контроль за їх дотриманням;

затверджує примірні штатні розклади і табелі оснащення закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць;

визначає єдині кваліфікаційні вимоги до медичних та інших працівників закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць;

формує і розміщує державне замовлення на підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації медичних працівників для потреб системи екстреної медичної допомоги;

організовує наукове забезпечення функціонування системи екстреної медичної допомоги;

затверджує клінічні протоколи і стандарти екстреної медичної допомоги, здійснює контроль за їх дотриманням;

налагоджує міжнародне співробітництво та вивчає світовий досвід щодо організації та надання екстреної медичної допомоги;

здійснює інші функції та повноваження, визначені цим Законом та іншими актами законодавства» [164].

Первинна медична допомога надається відповідно до Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504. П. 4 вказаного документа передбачено, що «головним завданням надавача ПМД є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта ПМД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні

здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя» [153]. У пункті 5 визначено принципи надання ПМД, серед яких принцип «доступності, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання». Вказаний принцип доступності не відображає повністю поняття доступності, як це визначено в Конституції України.

Проте тут слід звернути увагу на інші принципи, зокрема: «своєчасності; економічної ефективності, що досягається шляхом надання послуг з ПМД таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних витрат; недискримінації, що полягає у наданні послуг з ПМД, якість якої не відрізняється залежно від статі, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками; орієнтованості на людину, що передбачає надання послуг з ПМД у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються, в тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря» [153]. Всі вони в цілому впливають на доступність медичної допомоги в розумінні Конституції України.

Для організації надання спеціалізованої медичної допомоги такого порядку не передбачено. Але слід звернути увагу в цілому на доступність спеціалізованої медичної допомоги, адже більшість напрямів такої допомоги доступна тільки за направленням сімейного лікаря. Так, відповідно до Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України 28 лютого 2020 року № 586 [154], а саме п. 4 «направлення не є обов'язковим у випадках звернення за отриманням спеціалізованої медичної допомоги в амбулаторних умовах лише до акушера-гінеколога, психіатра, нарколога, стоматолога, педіатра, фтизіатра». У разі відсутності направлення за

отриманням інших видів спеціалізованої медичної допомоги, вона може бути надана платно.

Також слід звернути увагу, що спеціалізована медична допомога навіть за направленням може не бути надана негайно. «У випадку, коли неможливо визначити дату надання медичних послуг за направленням або якщо медична послуга може бути надана не раніше, ніж через один місяць з дати звернення, уповноважена особа повинна повідомити пацієнту орієнтовний строк очікування. Суб'єкт господарювання зобов'язаний організувати в рамках свого закладу електронну чергу очікування з урахуванням необхідності забезпечення реалізації прав пацієнтів на доступ до медичної допомоги» (п. 2 р. III Порядку) [154].

Таким чином, можемо зробити висновок, що МОЗ суттєво змінило правила доступності для первинної та спеціалізованої медичної допомоги і доступність спеціалізованої медичної допомоги суттєво ускладнена для пацієнта.

Порядок надання паліативної допомоги затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04 червня 2020 року № 1308 у п. 3 передбачає, що «Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій в межах компетенції здійснюють координацію роботи з питань надання паліативної допомоги у відповідних адміністративно-територіальних одиницях (у тому числі у госпітальних округах) та визначають для цього відповідального спеціаліста та/або структурний підрозділ. Координація надання паліативної допомоги передбачає затвердження клінічних маршрутів пацієнтів всіх вікових категорій для надання паліативної допомоги, заходів для забезпечення наступності та безперервності надання паліативної допомоги пацієнтам закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, а також фізичними особами-підприємцями, визначення закладів охорони здоров'я, на які покладається функція центру координації регіональної мережі паліативної допомоги» [152]. Пункти 4 та 5 Порядку передбачають, що «надання

паліативної допомоги ґрунтується на принципах доступності, планування, безперервності та наступності, відповідно до побажань пацієнта щодо вибору місця лікування та місця смерті із забезпеченням можливості отримання куративного лікування паралельно із паліативною допомогою, з урахуванням етичного і гуманного ставлення до пацієнта та членів його сім'ї, інших осіб, що здійснюють догляд за пацієнтом, упродовж 7 днів на тиждень. При цьому, доступність паліативної допомоги забезпечується пацієнтам всіх вікових категорій та соціальних груп, незалежно від місця перебування пацієнта. Вибір місця надання паліативної допомоги і місця смерті для пацієнта обговорюється та погоджується з пацієнтом та/або з його законним представником. Бажання пацієнта є пріоритетним та фіксується в плані спостереження» (п. 7). Для паліативної допомоги передбачено, що вона надається в ЗОЗ за направленням лікуючого лікаря, або на підставі особистого звернення пацієнта. Зміст та обсяги медичних послуг з паліативної допомоги визначаються програмою державних гарантій медичного обслуговування населення на відповідний рік.

Таким чином для паліативної допомоги МОЗ передбачає кращу доступність для пацієнтів, як для спеціалізованої. Водночас, необхідність паліативної допомоги все ж має визначати лікар, який здійснює лікування пацієнтів, тому очевидно, що навіть у випадку особистого звернення пацієнта, необхідна буде участь лікаря для проведення діагностики стану пацієнта і визначення необхідності надання йому паліативної допомоги, адже паліативна допомога надається пацієнту відповідно до критеріїв визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги за формою згідно з додатком 2 до цього Порядку та критеріїв визначення пацієнта дитячого віку, що потребує паліативної допомоги за формою згідно з додатком 3 до цього Порядку. Таким чином на практиці паліативна допомога не може надаватись автоматично за зверненням пацієнта, а потребує проведення оцінки його стану [152].

Нарешті схвалено КМУ розроблену МОЗ Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, цей документ дуже б допоміг у баченні планів МОЗ щодо доступності медичної допомоги як в умовах воєнного часу, так і на

період повоєнного відновлення та відбудови. Чи не найновішу версію проєкту Стратегії було оприлюднено МОЗ для громадського обговорення у 05 квітня 2024 року [176]. На жаль комплексного бачення доступності медичної допомоги в стратегії не міститься, з'являються лише окремі декларативні фрази щодо важливості її забезпечення. Новим також є положення щодо створення механізму проведення точкового, рандомізованого дослідження доступності та якості надання медичної допомоги як завдання для МОЗ [182].

Якщо дослідити Операційний план реалізації у 2024-2026 роках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, стратегічною ціллю № 1 визначено «Забезпечення універсального доступу населення до якісних медичних послуг та інструментів реалізації права на здоров'я» [181], для якої визначено 18 завдань, але не всі вони, на нашу думку, дозволять досягти доступності медичної допомоги, адже частина пов'язана з питанням якості медичної допомоги, кваліфікації медичного персоналу, забезпечення медичними препаратами тощо. Звісно поки цей документ на стадії проєкту, важко оцінити плани МОЗ, але вже можемо стверджувати, що комплексного бачення реформ для забезпечення доступності медичної допомоги в Стратегії та операційному плані не передбачена. На нашу думку, це є вкрай негативною тенденцією, адже доступність медичної допомоги для пацієнтів суттєво знизилась як через воєнні фактори (внутрішня та зовнішня міграція населення через війну, знищення та руйнування ЗОЗ, виїзд медичного персоналу в більш безпечні регіони або за кордон тощо). Також післявоєнне відновлення вимагатиме ефективного підходу для відновлення і відбудови ЗОЗ, навчання і повернення медичного персоналу, забезпечення безкоштовними для пацієнтів медичними послугами, оскільки виклики війни суттєво змінять потребу населення в медичній допомозі (більша потреба в послугах у сфері психічного здоров'я, реабілітація, лікування мінно-вибухових травм, протезування, забезпечення медичними послугами в регіонах де зруйновані ЗОЗ тощо) і вимагатимуть також зміни підходів до доступності медичної допомоги.

Так, наприклад, реформа системи охорони здоров'я і створення спроможної мережі закладів охорони здоров'я, яке було започатковане у воєнному 2023 році, не враховує цих воєнних викликів, а фактично створює систему для мирного часу. Так, відповідно до Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174, госпітальні округи з поділом на госпітальні кластери функціонують з метою забезпечення територіальної доступності до якісної медичної та реабілітаційної допомоги населенню. Межами госпітального округу, в яких він функціонує, є Автономна Республіка Крим, області, м. Київ та Севастополь. Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації для забезпечення надання якісної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнта медичної та реабілітаційної допомоги організовують функціонування спроможної мережі. У складі спроможної мережі визначаються: надкластерні заклади охорони здоров'я; кластерні заклади охорони здоров'я; загальні заклади охорони здоров'я; надавачі медичних послуг, які надають первинну медичну допомогу; центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф із пунктами постійного базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги [158].

При цьому, обсяг надання спеціалізованої медичної допомоги, що забезпечується відповідним видом багатoproфільного лікарняного закладу в межах госпітальних округів, затверджується МОЗ, адже постанова передбачає, що «органи місцевого самоврядування подають пропозиції до плану розвитку госпітального округу Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським держадміністраціям на рівні відповідних госпітальних кластерів. Спроможна мережа затверджується Головою Ради міністрів Автономної Республіки Крим, головою обласної, Київської чи Севастопольської міської держадміністрацій за погодженням з МОЗ. Одночасно із спроможною мережею затверджується план розвитку госпітального округу за

погодженням з МОЗ, який переглядається не рідше ніж один раз на три роки» [170].

На жаль, вказаним документом не визначено критерії для затвердження спроможної мережі та для створення планів розвитку госпітальних округів, тому місцеві органи самостійно визначають, як їх формувати. 20 грудня 2023 року МОЗ було погоджено плани розвитку госпітальних округів. Всього у 19 областях до спроможної мережі увійшли 562 лікарні. З них 123 – надкластерні, 157 – кластерних та 282 – загальні. До реформи на цей час залучені області, де не ведуться активні бойові дії. Наразі спроможна мережа не впроваджується у Запорізькій, Донецькій, Луганській, Херсонській, Миколаївській областях та на території АР Крим. Однак протягом 6 місяців після припинення воєнного стану ці регіони мають подати пропозиції щодо визначення спроможної мережі закладів охорони здоров'я [131]. Інформація про спроможну мережу щодо кожного госпітального округу доступна на офіційному вебсайті МОЗ [204]. Аналіз вказаної мережі виходить за межі нашого дисертаційного дослідження, проте частково буде розглянуто в наступному розділі в контексті забезпечення територіальної доступності медичної допомоги.

Тому сьогодні дуже важливо, щоб МОЗ як основний державний орган, на який покладено забезпечення права на доступність медичної допомоги для пацієнтів, сформувало стратегічне бачення забезпечення доступності медичної допомоги у воєнний час, на період післявоєнного відновлення та в подальшому в перспективах розвитку мирного часу, забезпечивши таким чином, коротко, середньо та довгострокове планування своїх дій. Це б сприяло не лише зміцненню довіри людей до медичної системи України, але й збереженню кадрового потенціалу медичних працівників (вони б розуміли, що вони тут потрібні і яким чином вони можуть себе тут реалізувати), а також економії ресурсів, оскільки ще до початку повномасштабного вторгнення неодноразово вказувалось на недостатність ресурсів на покриття всіх потреб населення в медичній допомозі, особливо що стосується лікування рідкісних захворювань та надання дороговартісних медичних послуг [51, с. 233].

Запропоновано внесення змін до Закону України «Основи законодавства України «Про охорону здоров'я та доповнення його окремою статтею 32-1, яка матиме назву доступність медичної допомоги та розроблено відповідний законопроект (додаток Б).

Висновки до розділу 1

1. Доступність медичної допомоги розглядається у двох аспектах: як конституційне право громадянина та як принцип державної політики у сфері охорони здоров'я (принцип охорони здоров'я).

Доступність медичної допомоги є гарантованим Конституцією України правом громадян, яке передбачає надання безоплатно в будь-яких державних та комунальних закладах охорони здоров'я, які є територіально зручними (доступними) для особи, медичної допомоги кожному, хто її потребує, в обсязі, який необхідний в конкретний період часу відповідно до стану здоров'я громадян.

Доступність медичної допомоги як принцип охорони здоров'я – це одна з основних (керівних) ідей, положень, які виступають основою для формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Вони включають в себе систему публічного адміністрування, що спрямована на забезпечення цього принципу, і включає в себе ряд завдань щодо: створення територіально доступної і спроможної мережі закладів охорони здоров'я, забезпечення достатньої кількості медичного персоналу, забезпечення безперервного фінансування з державного та місцевих бюджетів необхідних видів медичної допомоги тощо.

2. Елементами доступності медичної допомоги є:

а) особиста доступність – рівний доступ до медичної допомоги для всіх, адже медична допомога є правом кожного і повинна бути надана кожному, хто її потребує, в обсязі, який особа потребує та вчасно. Тому своєчасність медичної допомоги для пацієнта характеризує її особисту доступність. Звісно, що окремі категорії пацієнтів можуть потребувати медичної допомоги в більшому обсязі,

ніж інші, тому рівність не означає однаковий обсяг надання медичних послуг, а лише означає рівність доступу для всіх громадян до медичної допомоги і справедливий доступ до неї, коли кожна особа отримує стільки допомоги, скільки вона потребує, але при цьому немає порушення прав інших пацієнтів;

б) фінансова доступність – надається безоплатно для пацієнта в державних та комунальних закладах охорони здоров'я в обсязі, який гарантується державою і є однаковим для всіх громадян. Тут мова не йде про абсолютну безоплатність всього для пацієнтів, а про гарантування державою безоплатності медичної допомоги в обсязі, який обумовлюється станом пацієнта. Фінансова доступність медичної допомоги викликає чи не найбільше дискусій серед науковців та практиків;

в) територіальна доступність – наявність розвинутої спроможної мережі ЗОЗ, яка спроможна забезпечити потребу населення на певній території всіма видами медичної допомоги в обсязі, який їм необхідний. Сюди слід включати не лише територіальну наявність ЗОЗ, але й наявність кваліфікованого медичного персоналу та необхідного медичного обладнання на певній території, яке дозволяє надавати конкретні необхідні види медичної допомоги за тими напрямками, які потрібні населенню.

Все ці елементи в сукупності характеризують доступність надання медичної допомоги, але вона не є абсолютними, а оцінюються через категорію справедливості, а саме справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я серед громадян, тобто про можливість кожного громадянина звернутись за медичною допомогою і отримати необхідне своєчасне лікування незалежно від фінансової спроможності, місця проживання чи часу звернення за допомогою і лише з урахуванням стану здоров'я та потреб пацієнта.

Запропоновано внесення змін до Закону України «Основи законодавства України «Про охорону здоров'я та доповнення його окремою статтею 32-1, яка матиме назву доступність медичної допомоги та розроблено відповідний законопроект (додаток Б).

3. Норми адміністративного права, що закріплюють доступність медичної допомоги, містяться у Конституції України, як право громадян і деталізуються (реалізуються) в законах та підзаконних нормативно-правових актах, як реалізація принципу державної політики у сфері охорони здоров'я – доступність (загальнодоступність) медичної допомоги.

МОЗ наділено комплексом надвідомчих повноважень, які дозволяють йому розробляти і приймати медичні правила і норми, медичні стандарти, санітарні норми і правила, що мають надвідомчий характер. Тому роль МОЗ у збереженні і зміцненні здоров'я населення в цілому та забезпеченні доступності медичної допомоги зокрема, є ключовою.

Сьогодні дуже важливо, щоб МОЗ як основний державний орган, на який покладено забезпечення права на доступність медичної допомоги для пацієнтів, сформувало стратегічне бачення забезпечення доступності медичної допомоги у воєнний час, на період післявоєнного відновлення та в подальшому в перспективах розвитку мирного часу, забезпечивши таким чином, коротко, середньо та довгострокове планування своїх дій щодо формування і реалізації державної політики щодо забезпечення доступності медичної допомоги по кожній з виділених складових доступності.

РОЗДІЛ 2

ЗАСОБИ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

2.1. Засоби забезпечення особистої доступності медичної допомоги

В усіх країнах світу здоров'я вважається ключовим фактором розвитку нації, а людський капітал є невід'ємною частиною економічного розвитку. Тому країни завжди роблять акцент на збереженні та зміцненні здоров'я, а не лікуванні хвороб і в цьому випадку дуже важливим є особистий доступ до медичної допомоги, адже профілактика хвороб, а також їх виявлення та лікування на ранніх стадіях дозволяють мінімізувати наслідки для здоров'я особи, зміцнити її здоров'я, а отже в цілому мати здоровішу націю.

Україна взяла на себе ряд зобов'язань по збереженню і зміцненню громадського здоров'я в рамках інтеграції до ЄС. Так, відповідні зобов'язання передбачено в Главі 21 «Співробітництво у галузі зайнятості, соціальної політики та рівних можливостей» та Главі 22 «Громадське здоров'я» Розділу V «Економічне та галузеве співробітництво» Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (далі – Угода про асоціацію) [223].

Відповідно до статті 420 Угоди про асоціацію співробітництво у сферах, визначених у статті 419 цієї Угоди, передбачає досягнення таких цілей, зокрема, «покращення якості людського життя» [223].

Згідно із статтею 426 Угоди про асоціацію Сторони розвивають співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання. Відповідно до статті 427 Угоди про асоціацію

співробітництво, зокрема охоплює такі сфери як зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу [223].

Статтею 35 Договору про функціонування Європейського Союзу (далі – ДФЄС) передбачено, зокрема, що «високий рівень охорони здоров'я людини забезпечується у рамках визначення та реалізації всіх політик і дій Союзу. Пунктом 1 статті 168 ДФЄС зазначено, що під час визначення та виконання всіх політик та заходів Союзу забезпечується високий рівень захисту здоров'я людини. Діяльність Союзу, що доповнює національні політики, спрямована на поліпшення охорони громадського здоров'я, запобігання фізичним та психічним розладам та захворюванням і усунення джерел небезпеки фізичному та психічному здоров'ю. Така діяльність охоплює боротьбу проти тяжких хвороб, сприяючи дослідженню їхніх причин, шляхів поширення та методів запобігання цим хворобам, а також інформаційну та освітню роботу у питаннях охорони здоров'я та моніторингу, раннього виявлення і боротьби проти серйозних транскордонних загроз здоров'ю» [82].

Крім того, статтею 11 Європейської соціальної хартії (переглянутої) визначено, що «з метою забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я Сторони зобов'язуються самостійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів для того, щоб, серед іншого, зокрема усунути, у міру можливості, причини слабого здоров'я» [86].

Ефективне виконання завдань щодо збереження та зміцнення здоров'я дозволяє зменшити навантаження на медичну систему, що є вкрай важливим особливо для України в умовах війни, коли критично обмежені людські та фінансові ресурси.

Проте в Європі і в Україні відрізняються підходи до особистої доступності, починаючи з визначення. Відповідно до Декларації про розвиток прав пацієнта у Європі, пацієнт – це одержувач медичних послуг незалежно від того, хворий він чи здоровий [138], а за національним законодавством пацієнт – фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога (ч.

1 ст. 3 Основ законодавства) [139]. Таким чином, Україна ще на стадії визначення пацієнта робить акцент на лікуванні, замість профілактики, що негативно відображається в цілому на стані здоров'я пацієнта.

Дослідженню проблем функціонування системи охорони здоров'я з точки зору забезпечення її доступності присвятили свої наукові роботи В. Андрущенко, Й. Бескида, Н. Болотіна, І. Буряк, І. О. Василик, О. Вашев, О. Величко, В. Войцехівський, Б. Волос, Ю. Вороненко, В. Галай, З. Гладун, Р. Гревцова, В. Дем'янишин, І. Демченко, Л. Дешко, Д. Карамишев, С. Кондратюк, В. Лехан, З. Лободіна, Б. Логвиненко, Г. Муляр, З. Надюк, Ю. Пасічник, В. Пашков, А. Підаєв, Д. Полозенко, М. Пришляк, Н. Путіло, Я. Радиш, І. Радь, В. Рудий, Л. Руснак, Л. Самілик, Г. Слабкий, О. Солдатенко, Р. Стефанчук, О. Стрельченко, Т. Тихомиров, О. Тулай, М. Шевченко, С. Юрій та багато інших. Проте вони розглядали в цілому питання доступності та якості медичної допомоги, організації фінансування медичної допомоги, ефективності певної системи охорони здоров'я, а тому питання особистої доступності медичної допомоги в їх роботах було розглянуто фрагментарно.

Наприклад, Г. Петров та М. Литвиненко пояснюють, що «механізм адміністративно-правового регулювання відносин у сфері надання медичної допомоги населенню включає в себе сукупність форм, методів та інструментів, за допомогою яких держава впливає на діяльність об'єктів і суб'єктів охорони здоров'я з метою створення нормальних умов для функціонування системи надання медичної допомоги і охорони здоров'я та вирішення завдань зміцнення та охорони індивідуального і громадського здоров'я населення» [115, с. 2; 119, с. 67].

За даними ВООЗ станом на липень 2023 року кожна п'ята особа в Україні має проблеми з доступом до основних лікарських засобів, тоді як у зонах окупації та активного конфлікту ця цифра зростає до кожної третьої особи [100].

Україна також намагається хоча б на рівні наукових підходів змінити ставлення до пацієнта. Наприклад, В. Галай зауважує, що «пацієнтом є людина незалежно від віку, статі, расової приналежності, національності,

віросповідання, стану здоров'я та інших чинників, яка реалізує своє право на отримання медичної допомоги чи послуг» [67, с. 52]. Т. Блашук наголошує, що «право на медичну допомогу – можливість кожної людини вимагати від суб'єктів, що здійснюють медичне обслуговування населення вжиття комплексу заходів, які спрямовані на профілактику, діагностику, лікування й реабілітацію фізичного та психічного стану її здоров'я» [54, с. 7]. Таким чином вкрай важливим є запровадження державою ефективного механізму для забезпечення рівних можливостей для усіх громадян України для справедливого доступу до всіх медичних послуг та справедливого надання медичної допомоги усім пацієнтам.

Особиста доступність медичної допомоги є одним з головних соціальних прав громадян [108, с. 128]. Проте у доповіді ВООЗ наголошується, що навіть «країни з високим доходом не можуть забезпечити охоплення всього населення всім спектром безкоштовних медичних послуг. Якщо йдеться про бюджетне фінансування без залучення коштів на умовах передплати, то завжди доводиться шукати баланс між часткою населення, яку охоплює таке фінансування, спектром послуг, що доступні в межах нього, та часткою цих державних витрат в усіх ресурсах, спрямованих на утримання системи охорони здоров'я» [83]. Тому ми вважаємо, що особиста доступність обумовлюється тим, що кожна людина повинна мати доступ до медичної допомоги відповідно до своїх потреб, обумовлених станом здоров'я, тому ми не можемо говорити про рівний однаковий доступ для всіх громадян, проте ми вкладаємо в питання особистої доступності медичної допомоги відповідно до стану здоров'я особи. Проте ми не заперечуємо, що пацієнти певного віку можуть мати ширший особистий до медичної допомоги. Цей принципи закладено також в тарифи на медичні послуги, зокрема, на рівні ПМД, адже ми бачимо що тариф на медичні послуги відрізняється для пацієнтів певного віку, відповідно і мінімальний набір медичних послуг для пацієнтів певного віку, який використовувався для обрахунку капітаційної ставки (тарифу) на медичні послуги також відрізняється.

Наприклад тарифи на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги, які передбачені специфікаціями, визначаються як базова капітаційна

ставка з урахуванням коригувальних коефіцієнтів залежно від віку пацієнта, що передбачено главою 1 розділу II Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2022 року № 1464 [156] та у 2024 році згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 22 грудня 2023 р. № 1394 [157].

Капітаційна ставка для дітей від народження до п'яти років на 2024 рік не змінилась. У 2023 та 2024 роках тариф на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги, передбачені специфікаціями, визначався як базова капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, який подав декларацію, і становила 786,65 гривні на рік. До цієї ставки застосовувалися коригувальні коефіцієнти, зокрема, залежно від вікової групи пацієнта: для дітей віком від 0 до 5 років – 2,465. У 2025 році капітаційна ставка зазнала незначного підвищення та склала 844,4 гривні на рік.

Капітаційну ставку на 2023 рік закладено за чинним на той час Клінічним протоколом медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років (затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20 березня 2008 року №149), який втратив чинність 1 вересня 2023 року (далі – наказ № 149). В додатку 2 таблиця 7 до цього Клінічного протоколу передбачено проведення всього 19 обов'язкових медичних профілактичних оглядів здорової дитини віком до 3 років, з яких 4 огляди проводяться вдома, при цьому 6 оглядів проводить медсестра та 13 лікар. Тобто підвищена капітаційна ставка для дітей раннього віку обумовлена вимогами щодо посиленого медичного спостереження за розвитком дитини з метою вчасного виявлення і коригування відхилень розвитку і тим самим зменшення негативних наслідків для здоров'я дитини у майбутньому.

Водночас ми проти того, щоб держава покривала розширену особисту доступність медичної допомоги для певних категорій осіб, яка обумовлена їх соціальним, професійним чи іншим статусом (соціальними характеристиками), а не обумовлена їх станом здоров'я чи певними віковими характеристиками

(біологічними характеристиками). Тому питання існування певних відомчих ЗОЗ, які надають розширену медичну допомогу певним категоріям осіб (народним депутатам, поліцейським, працівникам СБУ, військовим) має бути реалізовано не в межах загального бюджету на охорону здоров'я, а в межах бюджетів певних міністерств, у віданні яких є такі органи.

Саме тому ми підтримуємо позицію О. Коломієць, яка розглядає систему охорони здоров'я «як суспільне благо, а її ефективність визначається не лише тим, наскільки раціонально (у перерахунку на товари та послуги) використовуються її ресурси, а й тим, наскільки існуючий механізм її фінансування дозволяє досягати вищих суспільних цілей: забезпечення доступності медичного обслуговування, послаблення нерівності доступу до ресурсів охорони здоров'я, відповідність системи нагальним потребам населення у лікуванні та догляді, збільшення консолідації суспільства через солідарне фінансування, підвищення рівня соціальної інклюзії» [101, с. 19].

Особиста справедлива доступність медичної допомоги для кожного зберігає і зміцнює здоров'я кожного окремо і громадське здоров'я в цілому. Тому ми можемо ефективність особистої доступності оцінити за певними критеріями, як щодо окремого пацієнта, так щодо показників у суспільстві в цілому.

Такими показниками, на нашу думку, можуть бути:

- вільний вибір пацієнтом лікаря та закладу для отримання медичної допомоги;
- можливість отримати послугу за місцем проживання (перебування) пацієнта, у тому числі з використанням телемедицини;
- підвищення задоволеності пацієнтів медичними послугами та посилення довіри до сімейної медицини;
- зменшення малюкової смертності;
- зменшення кількості смертей від раку, інсультів та інфарктів (саме ці хвороби є найбільш поширеними причинами передчасної смертності, тому їх показники в цілому показують рівень суспільного здоров'я);

- своєчасність отримання необхідної медичної допомоги та суттєве зменшення часу очікування та отримання необхідної планової медичної допомоги, забезпечення прозорості ведення черги пацієнтів на отримання дороговартісних медичних послуг.

Розглянемо кожен із запропонованих показників в межах оцінки особистої доступності медичної допомоги як для кожного так і в цілому в показниках суспільства.

Вільний вибір пацієнтом лікаря та закладу для отримання медичної допомоги є невід'ємним правом пацієнта (а не будь-якої особи) отримувати медичну допомогу у лікаря чи в закладі охорони здоров'я за її формально вільним вибором, що передбачено в ст. 34 та 38 Основ законодавства. Проте «лікар все ж має право відмовитись від ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення» (ст. 34 основ законодавства) [139]. Таким чином вільний вибір лікаря не є абсолютним правом пацієнта, оскільки може бути обмежене на підставах, визначених законодавством, тобто, на думку І. Савки та Н. Калинюк «є гарантією професійної безпеки лікаря» [194, с. 66]. Проте на практиці «таке право лікарями практично не використовується, оскільки потребує складного документального оформлення та підтвердження фактів порушення пацієнтом приписів лікаря» [112, с. 230]. Як зазначає І. Сенюта «ненадання медичної допомоги пацієнтові може бути класифіковане як протиправна бездіяльність, при цьому слід погодитись із вченим, що крім наявності такої протиправної поведінки лікуючого лікаря для притягнення останнього до відповідальності необхідна наявність і інших складових правопорушення, а саме наявності заподіяної шкоди, наявності причинного зв'язку між протиправною поведінкою і шкодою, наявності вини заподіювача шкоди» [197, с. 366-368]. Тому «пошук справедливої рівноваги у забезпеченні професійних прав надавачів медичних послуг є критично важливим, виходячи із соціальної значущості сфери охорони здоров'я та забезпечення сталості її розвитку» [236, с. 83].

Крім того, слід звернути увагу на позицію ЄСПЛ з цього приводу в частині забезпечення права людини та медичну допомогу та її свободи. Як зазначає Суд в своїх рішеннях *«свобода погодитись чи відмовитись від конкретного методу лікування або обрати альтернативний метод лікування має первинне значення для принципів самовизначення та особистої автономії. Дієздатний повнолітній пацієнт має право ухвалити рішення, наприклад, про те, погодитись на операцію, лікування чи, дотримуючись цієї ж логіки, на переливання крові. Однак для збереження сенсу такої свободи необхідно, щоб у пацієнта було право ухвалювати рішення відповідно до своїх особистих поглядів і цінностей, якими б нераціональними, нерозумними та недалекоглядними вони видавалися іншим людям. Свобода вибору та самовизначення є фундаментальними складовими життя, і за відсутності будь-яких ознак необхідності забезпечення захисту третіх осіб, приміром, шляхом примусової вакцинації населення у період епідемії, держава повинна утримуватися від втручання у свободу вибору громадян у питаннях охорони здоров'я, оскільки таке втручання може лише зменшити, а не збільшити життєві цінності»* [186].

У справі *«Арская проти України»* (Arskaya v. Ukraine) (2013) ЄСПЛ зазначив: *«свобода погоджуватись або відмовлятись від призначеного лікування є надзвичайно важливим принципом самовизначення та особистої незалежності. У сфері медичної допомоги відмова від певного лікування може неминуче призвести до летального результату, але нав'язування лікування без згоди психічно здорової дорослої людини є нехтуванням фізичною недоторканністю людини таким чином, що це може порушити права, закріплені в п. 1 ст. 8 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод (далі – Конвенція). У ст. 8 Конвенції гарантовано, зокрема право кожного на повагу до свого приватного і сімейного життя»* [185].

У справі *«Шторк проти Німеччини»* (Storck v. Germany) (2005) зазначалося: *«навіть несуттєве фізичне втручання щодо людини вважається втручанням, яке порушує право на повагу приватного життя в межах ст. 8 Конвенції, у разі,*

якщо це втручання проходить без згоди самої людини» [187] у цій справі встановлено, що проти волі пацієнта йому в організм ввели певні ліки.

Отже, виходячи з практики ЄСПЛ, «навіть якщо пацієнт відмовляється від певного лікування, то примусити його до цього будь-якими способами неможливо, а тому, по-суті, відмова лікаря від пацієнта є доволі складною» [216, с. 119].

Так, по суті, відповідно до Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого наказом МОЗ № 503 пацієнт може вільно обрати лікаря для надання ПМД по-суті без згоди останнього, єдиним обмеженням є те, що лікар вже набрав достатню кількість пацієнтів, тоді необхідно погодження надавача ПМД на вибір лікаря [150].

Щодо спеціалізованої медичної допомоги законодавство передбачає, що «лікуючого лікаря з надання спеціалізованої медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, що забезпечує надання такої допомоги, визначає керівник цього закладу або уповноважена на прийняття відповідних рішень особа» (ст. 35-1 Основ законодавства) [139], що, на нашу думку, не дозволяє реалізувати право пацієнта на вільний вибір лікаря. Крім того, відповідно до постанови КМУ від 5 липня 2024 р. № 781 з 1 січня 2025 року самостійний вибір лікуючого лікаря під час надання спеціалізованої медичної допомоги у плановому порядку у стаціонарних умовах [79] став платною послугою, що, на нашу думку, суттєво звузило особисту доступність спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам і є порушенням статті 38 Основ законодавства.

Другим показником забезпечення особистої доступності медичної допомоги для пацієнта є *можливість отримати послугу за місцем проживання (перебування) пацієнта, у тому числі з використанням телемедицини*. За загальним правилом ст. 33 Основ законодавства медична допомога може надаватись за місцем проживання (перебування) пацієнта, але оскільки це потребує значно більших затрат часу роботи лікаря та транспортних витрат, пов'язаних з необхідністю дістатися до місця проживання чи перебування пацієнта, очевидно, що держава встановлює певні випадки, критерії, коли така

допомога надається. Тобто це не залежить від бажання пацієнта. Так, відповідно до вказаної вище постанови КМУ від 5 липня 2024 р. № 781 надання послуг з медичного обслуговування населення за місцем проживання (перебування) пацієнта за самостійним вибором пацієнта за умови відсутності показання для їх надання стане платною послугою.

Крім того, статті 35-1 передбачає що лише ПМД може надаватись за місцем проживання (перебування) пацієнта у порядку, що визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Проте жодних критерії для цього не визначено, оскільки в Порядку надання ПМД визначено, що лікар з надання ПМД може прийняти рішення про надання окремих послуг ПМД за місцем проживання (перебування) пацієнта або з використанням технічних засобів електронних комунікацій відповідно до режиму роботи надавача ПМД. Щодо спеціалізованої медичної допомоги, то вона надається лише в амбулаторних або стаціонарних умовах, що визначено в ст. 35-2 Основ законодавства. Паліативна медична допомога також може бути надана в певних випадках за місцем проживання чи перебування пацієнта відповідно до Порядку надання паліативної допомоги [152].

На нашу думку, залишення права визначення необхідності надання медичної допомоги за місцем проживання (перебування) пацієнта лише на розсуд лікаря ПМД негативно вплине на особисту доступність медичної допомоги, оскільки існує ризик, що надавачі будуть відновити її завжди до платних послуг. Тому важливо «на рівні наказу МОЗ визначити випадки, коли медична допомога може надаватись за місцем проживання чи перебування пацієнта, а також випадки, коли така допомога може бути замінена використанням засобів телемедицини, адже досі чітких вимог чи випадків її застосування МОЗ не визначено» [151].

Задоволеність пацієнтів медичними послугами та посилення довіри до сімейної медицини часто пов'язують з такими категоріями як якість і кваліфікованість медичної допомоги, проте з точки зору особистої доступності медичної допомоги також важливо отримувати зворотній зв'язок пацієнтів щодо

всіх критеріїв доступності, зокрема, чи складно було доїхати до ЗОЗ, «чи були складнощі з записом до певного лікаря, чи отримав пацієнт необхідні йому медичні послуги, чи отримав пацієнт від лікаря всю необхідну інформацію щодо методів лікування, чи результативним було звернення за медичною допомогою тощо» [234, с. 118], адже «такі дані допомагають державі розуміти реальну картину в забезпеченні особливої доступності медичної допомоги для пацієнтів і, у разі необхідності, вживати певних заходів для її покращення» [56, с. 12].

Як слушно зазначає Л. Гамбург та інші «змістовно-сміслові значення терміна «якість» вимагає розглядати співвідношення понять «якість охорони здоров'я» та «доступність охорони здоров'я» таким чином, що якість є однією зі складових змісту доступності, бо неякісне медичне обслуговування не досягає належного результату, нівелюючи право на доступну охорону здоров'я» [68, с. 22].

Зменшення малюкової смертності вважаємо дуже важливим критерієм особистої доступності медичної допомоги не лише новонародженого малюка, але й його матері під час вагітності. Коефіцієнт дитячої смертності є числом випадків смерті дітей у віці до п'яти років на 1000 народжених живими. Цей показник часто використовується ООН для порівняння рівня розвитку країн та свідчить про розвиненість системи охорони здоров'я. Малюкова смертність, яка в Україні вдвоє вища порівняно з Європейськими країнами 2020 р., тобто 7,4 та 3,7 на 1000 живонароджених [4]. При цьому ключовими причинами смертності дітей першого року життя упродовж усього періоду спостереження залишаються окремі стани, що виникають у перинатальному періоді, а також природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії [39, с. 7].

Наразі держава в останні роки доволі багато зробила для зниження цього показника, досягнувши в 2022 році показника 7,6, а в 2023 – 7,5, але остаточні результати можна буде оцінити вже в 2025 році. Так, зокрема, з 2023 року програма медичних гарантій забезпечує надання медичної допомоги дітям, які потребують послуги раннього втручання. Порядок надання цієї послуги визначено у Порядку раннього виявлення у дітей порушень розвитку або ризику

їх виникнення і своєчасного направлення сімей з дітьми до надавачів послуги раннього втручання для отримання такої послуги [155].

Також у 2023 та 2024 роках запроваджено новий пакет медичних послуг «Неонатальний скринінг». Створено 4 потужних сучасних центри неонатального скринінгу та високотехнологічний референс-центр для підтвердження діагнозу та моніторингу лікування. Перелік орфанних метаболічних захворювань, на які здійснюються скринінг складає 21 захворювання [179]. Розширений неонатальний скринінг дає можливість завчасно виявити лабораторні ознаки захворювання у дитини та якнайшвидше запобігти їх клінічним проявам.

Додатково з 2022 року функціонує пакет медичних послуг «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках» передбачає надання медичної допомоги немовлятам, які народжені передчасно або які мають складну патологію, та включає такі послуги, як, інтенсивна терапія, необхідні лабораторні та інструментальні дослідження, цілодобовий догляд, дихальна підтримка, парентеральне харчування, офтальмологічний скринінг, консультації всіх необхідних фахівців тощо [235].

Пакет «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж перших трьох років життя» надається відповідно до потреб пацієнта та може тривати до досягнення намічених цілей в індивідуальному реабілітаційному плані, що надавались сукупно не менше 21 календарного дня або більше протягом року в амбулаторних та/або стаціонарних умовах (не менше 5 календарних днів поспіль) Тариф на медичну послугу становить 10 820 грн. У 2023 році було укладено 131 договір за цим пакетом на загальну суму більше 135,9 млн грн [184].

Вважаємо, що всі ці заходи мають розширити особисту доступність медичної допомоги для немовлят та зменшити малюкову смертність, що є дуже важливо в умовах складної демографічної кризи. В якій зараз опинилась наша держава.

Зменшення кількості смертей від інсультів та інфарктів та онкологічних захворювань (раку) (саме ці хвороби є найбільш поширеними причинами

передчасної смертності, тому їх показники в цілому показують рівень суспільного здоров'я, а щодо конкретної особи показують особисту доступність для неї медичної допомоги.

За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільше потребує, характеризуватися високою якістю й безпечністю медичних послуг та забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні. За даними ВООЗ, система охорони здоров'я за умови її ефективної організації може забезпечити зменшення загальної смертності у віці до 75 років на 23 % у чоловіків і на 32% — у жінок; смертності від ішемічної хвороби серця — на 40–50 % [129, с. 5].

Лише кілька фактів показують проблеми з особистою доступністю медичної допомоги для людей старшого віку. За даними Державної служби статистики України щорічно Україна втрачає більш ніж 500 тисяч громадян. Зокрема, за відкритими даними у 2021 році зафіксовано найнижчу народжуваність за останні 10 років: вона склала 271 984 особи, в той час коли смертність сягнула 714 263 особи, при цьому серцево-судинні хвороби стали причинами 60,2% смертей, ковід – 12%, а онкологія 10,4% [200].

За даними ООН приблизно третина українців помирають у віці до 65 років; середня тривалість життя нашого населення, яка у 2021 році становила 69,7 років (65,2 для чоловіків і 74,4 для жінок), на 11 років менша, ніж мешканців ЄС (на 8 років для жінок і на 12 років — для чоловіків) [198].

Держава доволі багато в останні роки робить для медичної допомоги хворим з інсультами та інфарктами, зокрема за Програмою медичних гарантій у 2023 році безоплатну допомогу при гострому мозковому інсульті отримали 78 865 пацієнтів, при гострому інфаркті міокарда – 21 033 [116]. Вважаємо, що затверджена спроможна мережа все ж негативно вплинула на особистий доступ хворих з такими хворобами до медичної допомоги, а маршрути пацієнтів з такими хворобами повинен бути вдосконалені з метою якнайшвидшого надання медичної допомоги, адже це важливо в подальшому для лікування та відновлення

пацієнта. Крім того, сьогодні суттєво недопрацьовані питання профілактики таких хвороб передусім на рівні ПМД, адже передбачене додатком 2 до Порядку ПМД профілактичне медичне втручання для гіпертонічної хвороби та інших серцево-судинних захворювань є доволі формальним, оскільки включає лише «вимірювання артеріального тиску; оцінка загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE; вимірювання індексу маси тіла; вимірювання окружності талії; вимірювання загального холестерину раз на два роки або раз на рік» [153]. Тому держава має приділити більше уваги профілактиці інсультів та інфарктів.

Щодо онкологічних хвороб, у останні роки доволі багато зроблено державою для профілактики та раннього виявлення найпоширеніших видів раку. Зокрема, Указом Президента України від 22 грудня 2023 року № 842/2023 затверджено Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 22 грудня 2023 року «Щодо профілактики, ранньої діагностики та лікування злоякісних новоутворень» [192]. Розпорядженням КМУ «Про схвалення Національної стратегії контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року та затвердження плану дій з її реалізації на період до 2025 року» від 2 серпня 2024 р. № 730-р [193] визначено стратегічні завдання різним державним органам щодо попередження, раннього виявлення та лікування онкологічних хвороб, які мають суттєво зменшити смертність від раку в Україні.

Дуже важливим кроком є прийняття МОЗ наказу «Про забезпечення скринінгу і ранньої діагностики окремих видів раку та моніторингу стану здоров'я пацієнтів з груп ризику» від 05 серпня 2024 року № 1368, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 20 серпня 2024 року за № 1273/42618, 1274/42619, 1275/42620 [135], який передбачає детальний порядок скринінгів на рівні ПМД раку молочної залози, шийки матки та колоректального раку. Наказ набрав чинності з 1 січня 2025 року, тому оцінити результати його дії вдасться лише через кілька років, але без сумніву це важливий документ, який дозволить застосовувати популяційні скринінги населення на ці найпоширеніші види раку.

І нарешті останнім показником особистої доступності медичної допомоги ми виділяємо *своєчасність отримання необхідної медичної допомоги та суттєве зменшення часу очікування та отримання необхідної планової медичної допомоги, забезпечення прозорості ведення черги пацієнтів на отримання дороговартісних медичних послуг.*

Сьогодні держава не забезпечує реалізацію публічного інтересу в питаннях справедливого надання безкоштовної планової медичної допомоги пацієнтам, особливо щодо медичних послуг, які є досить дороговартісними.

Наприклад, за даними Національної служби здоров'я України за 6 місяців 2021 року заклади охорони здоров'я провели в межах договорів на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій більше восьми тисяч послуг з хірургічних втручань щодо заміни великих суглобів. Вказані медичні послуги мали надаватись безкоштовно, проте вони не включали вартість витратних матеріалів, у тому числі, вартість суглобів. Великі суглоби закуповуються державою централізовано за бюджетні кошти, але їх кількість дуже мала. Частину потреби покривають місцеві бюджети, проте цього теж недостатньо. Вартість цементних протезів в 2020 році становила близько 30 тисяч гривень, безцементних 40-50 тисяч гривень [49, с. 122].

Дороговартісність і дефіцит завжди провокують зловживання в питаннях розподілу цього ресурсу. Наприклад, вартість діагностичних послуг з МРТ та КТ також коштувала декілька тисяч гривень в умовах пандемії COVID-19, а отримати цю послугу безкоштовно в державному закладі охорони здоров'я було практично неможливо. Аналогічна ситуація і з операціями по заміні великих суглобів. Часто пацієнти оплачують вартість суглоба навіть у випадку, якщо держава закупила і передала його закладу охорони здоров'я, або ж оплачують отримання його «поза чергою» чи «зі знижкою». Сьогодні це можливо у зв'язку з відсутністю централізованого банку даних по закупівлі та розподілу таких суглобів, а також централізованого банку даних по закладах охорони здоров'я, які мають у розпорядженні ці суглоби і можуть провести планові безкоштовні операції для пацієнтів.

В країнах Європи давно впроваджується черга пацієнтів на отримання планової медичної допомоги. Наприклад, середній строк очікування пацієнта на заміну кульшового суглоба становить 41 день в Данії, 49 днів в Італії, 289 днів в Естонії і майже 400 днів у Польщі. Якщо ж пацієнт бажає здійснити цю операцію платно, її вартість в Німеччині стартує від десяти тисяч євро.

В Україні сьогодні функціонує електронна система охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ), яка, серед іншого, дозволяє оформлення електронних направлень на отримання планової медичної допомоги. Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я від 28 лютого 2020 року №586 [154]. Вказаний Порядок передбачає, що суб'єкт господарювання зобов'язаний організувати в рамках свого закладу електронну чергу очікування з урахуванням необхідності забезпечення реалізації прав пацієнтів на доступ до медичної допомоги. Проте сьогодні такий порядок ведеться в кожному ЗОЗ за непрозорими правилами, оскільки держава не визначає вимоги та порядок ведення такої черги.

На нашу думку, доцільно передбачити ведення черги пацієнтів на окремі (насамперед дороговартісні) послуги в системі ЕСОЗ, яка б дозволяла одночасно з видачею пацієнту направлення на отримання планової медичної допомоги здійснити його запис в чергу будь-якого ЗОЗ на безкоштовне отримання цієї послуги.

Запровадження централізованої черги пацієнтів дозволить державі забезпечити планування навантаження на систему у охорони здоров'я, оцінювати планові потреби та планувати централізовані закупівлі необхідної кількості витратних матеріалів та планувати роботу кожного ЗОЗ щодо надання планової медичної допомоги та своєчасної підготовки до її надання на відповідний календарний рік та планувати обсяг фінансування Національною службою здоров'я на наступні роки. Все це забезпечить раціональне використання можливостей охорони здоров'я, можливість планування

необхідного обсягу фінансування планової медичної допомоги та ефективного розподілу бюджетних коштів.

Для пацієнтів централізована черга забезпечить доступність та своєчасність отримання безкоштовної планової медичної допомоги у будь-якому закладі охорони здоров'я на території України, зменшення витрат на отримання платних послуг, зменшення витрат на лікування у зв'язку з погіршенням стану здоров'я через ускладнення, пов'язані з несвоєчасним отриманням медичної допомоги.

Для закладів охорони здоров'я централізована черга пацієнтів забезпечить залучення більшої кількості пацієнтів завдяки доступності інформації про надання певних послуг конкретним закладом охорони здоров'я для пацієнта через електронну систему охорони здоров'я, а також конкуренцію між закладами, що суттєво покращить якість надання послуг населенню.

Проте станом на 2025 рік електронна чи будь-яка інша прозора черга пацієнтів на планове отримання дороговартісних послуг досі не запроваджена, що не сприяє особистій доступності медичної допомоги. А тому це питання має стати одним з пріоритетних в роботі МОЗ вже цього року, щоб з наступного вказана черга могла запрацювати.

2.2. Засоби забезпечення територіальної доступності медичної допомоги

Забезпечення територіальної доступності медичної допомоги походить від конституційної гарантії, закріплений в ст. 49 Основного Закону, де вказано, що «існуюча мережа закладів охорони здоров'я не може бути скорочена» [107].

За порушення такої конституційної гарантії в ст. 184 КК України передбачено кримінальну відповідальність. Відповідно до ч. 2 ст. 184 КК України «незаконне скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я карається штрафом до однієї тисячі неоподатковуваних мінімумів

доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або пробаційним наглядом на строк до трьох років» [109].

Питанням адміністративно-правових форм, методів та засобів забезпечення доступності медичної допомоги присвячені роботи І. Буряк, Ю. Вітренка, В. Галай, З. Гладун, І. Демченка, Л. Дешко, Д. Карамішева, Б. Логвиненка, М. Малєїна, А. Миронова, В. Пашкова, О. Пелагеша, Л. Підгорної, М. Пришляк, Н. Путіло, Я. Радиш, Г. Романовського, В. Рудого, Л. Руснак, Л. Самілик, О. Сіделковського, О. Солдатенка, О. Соловійової, Р. Стефанчука, В. Стеценка, О. Стрельченко, Т. Тихомирова та багатьох інших. Проте вони розглядали різні аспекти адміністративно-правового регулювання сфери охорони здоров'я з позицій доступності медичної допомоги в контексті медичних реформ мирного часу. Питання територіальної доступності медичної допомоги, у тому числі в умовах воєнного стану, сьогодні залишається недослідженим.

Питання територіальної доступності медичної допомоги сьогодні стоїть дуже гостро. Зокрема станом на липень 2024 року внаслідок атак було пошкоджено 1642 медичних об'єкти 676 закладів охорони здоров'я, а 214 об'єктів 99 медзакладів – зруйновано повністю. Найбільше постраждали медичні заклади у Харківській, Донецькій, Миколаївській, Херсонській, Чернігівській, Київській, Дніпропетровській, Запорізькій та Сумській областях [222].

Також було пошкоджено 505 аптечних закладів, де відпускалась і програма «Доступні ліки». 47 із них були зруйновані вщент і також відновленню не підлягають. 649 надавачів послуг — закладів охорони здоров'я перебувають на території, де Росія намагається встановити окупаційний режим [120].

Ключовою реформою, спрямованою на забезпечення територіальної доступності медичної допомоги, стало прийняття Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану» від 29 липня 2022 року № 2494-IX, яким передбачено, що: «З метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної та реабілітаційної допомоги населенню визначається госпітальний округ. Госпітальний округ поділяється на

госпітальні кластери, в межах яких організовано комплексний доступ населення до медичного обслуговування в стаціонарних умовах. Межі госпітальних округів та госпітальних кластерів, порядок їх визначення та функціонування, а також порядок визначення кластерних, надкластерних та інших видів закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу, визначаються Кабінетом Міністрів України на основі потреб населення у комплексному медичному обслуговуванні в стаціонарних умовах» [161]. На нашу думку, територіальна доступність не повинна враховувати потребу в медичному обслуговуванні населення лише в стаціонарних умовах, адже стаціонар є крайнім заходом у разі, якщо особа не отримала своєчасну амбулаторну медичну допомогу. При цьому, про територіальну доступність амбулаторної допомоги в цьому законопроекті не вказано нічого.

Враховуючи характер війни, масштабність пошкоджень та руйнувань, критично важливими стають процеси відновлення закладів охорони здоров'я та побудови сучасної системи охорони здоров'я, в першу чергу на територіях, де була значно пошкоджена інфраструктура. Але відновлення закладів охорони здоров'я має відбуватися комплексно і з урахуванням інноваційних підходів до формування мереж закладів охорони здоров'я задля уникнення фрагментації послуг і попередження створення надлишкових потужностей. Тому, на нашу думку, дуже важливо було визначити реальну територіальну потребу населення у медичних послугах на кожній території, не лише які надаються в стаціонарних, але й в амбулаторних умовах, а також за місцем проживання (перебування) пацієнта [53, с.17].

Тривалий час в Україні не було запроваджено принципи госпітального планування. Заклади охорони здоров'я не були об'єднані в мережу ні функціонально, ні організаційно, що збільшувало фрагментарність послуг і знижувало їх якість та безпеку для пацієнтів. В такій ситуації неможливо розробити оптимальні маршрути пацієнтів і контролювати якість надання медичної допомоги.

Саме тому КМУ від 28 лютого 2023 року № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» затверджено Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж (далі – постанова № 174) [80].

Як ми вже зазначали, вказаним документом не визначено критерії для затвердження спроможної мережі та для створення планів розвитку госпітальних округів, тому місцеві органи самостійно визначають, як їх формувати. 20 грудня 2023 року МОЗ було погоджено плани розвитку госпітальних округів. Всього у 19 областях до спроможної мережі увійшли 562 лікарні. З них 123 – надкластерні, 157 – кластерних та 282 – загальні. До реформи на цей час залучені області, де не ведуться активні бойові дії. Наразі спроможна мережа не впроваджується у Запорізькій, Донецькій, Луганській, Херсонській, Миколаївській областях та на території АР Крим. Однак протягом 6 місяців після припинення воєнного стану ці регіони мають подати пропозиції щодо визначення спроможної мережі закладів охорони здоров'я [132]. Інформація про спроможну мережу щодо кожного госпітального округу доступна на офіційному вебсайті МОЗ [205]. Крім того, досі не затверджено спроможну мережу для міста Києва, оскільки очевидно що запропоновані для всієї України загальні критерії не підходять для міста Києва, враховуючи кількість населення та особливий статус міста.

Проте все ж в межах нашого наукового дослідження слід проаналізувати постанову № 174 з точки зору забезпечення територіальної доступності медичної допомоги для населення. Постанова чітко визначає у пункті 3, що територіальна доступність забезпечується шляхом:

«поступового формування спроможної мережі для гарантованого своєчасного доступу населення до якісного медичного обслуговування;

зміни структури та розширення послуг первинної медичної допомоги у громадах як найбільш оперативного та економічно доцільного механізму та удосконалення механізму доступу до медичних послуг;

формування та забезпечення виконання плану розвитку госпітального округу;

ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я та інвестицій для розвитку спроможної мережі, спрямованих на покращення доступу та якісної медичної та реабілітаційної допомоги;

забезпечення фінансової стійкості закладу охорони здоров'я, що входить до спроможної мережі, яка визначається можливістю власника такого закладу забезпечити наявність необхідних функціональних потужностей, з метою забезпечення населення якісною спеціалізованою медичною допомогою в необхідних обсягах та з урахуванням наявного обсягу фінансових ресурсів. Загальні витрати такого закладу на оплату праці з нарахуваннями у поточному місяці не повинні перевищувати 85 відсотків отриманих у поточному місяці коштів з урахуванням накопичених залишків;

фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення їх матеріально-технічної бази, капітального ремонту та реконструкції відповідно до їх визначення в спроможній мережі;

поступового вдосконалення транспортної доступності до закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі;

розвитку аеромедичної евакуації в усіх областях;

розвитку кадрової спроможності, підвищення продуктивності праці та забезпечення безперервності професійного розвитку працівників охорони здоров'я різних спеціальностей, мультидисциплінарних команд в різних сферах медичного обслуговування в межах госпітального округу» [80].

Важливо, що тут вже акцентується увага не лише на забезпеченні функціонування спроможної мережі, яка акцентована на стаціонарну допомогу, але й на розширення послуг ПМД у громадах.

Порядок надання ПМД затверджено наказом МОЗ № 504 від 19 березня 2018 року (далі – наказ № 504) [153]. Дуже важливо розвивати ПМД в рамках спроможної мережі, адже, як зазначено в наказі № 504 головним завданням

надавача ПМД є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта ПМД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя. Тобто якщо ПМД є доступною для громадян, то це значно зменшує кількість госпіталізацій в подальшому, а попередити хворобу завжди економічно вигідніше як для держави, так і для пацієнта, ніж лікувати її. На даль, вказаний наказ не виділяє серед принципів організації ПМД територіальну доступність, натомість акцентуючи увагу на загальній доступності, в яку вкладає «мінімальну втрату часу для її отримання». Звісно територіальна віддаленість у тому числі впливає на витрату часу на отримання ПМД, проте, на нашу думку, як ми вже зазначали вище, потрібно говорити не про втрату часу на її отримання, а про своєчасність надання медичної допомоги відповідно до потреб пацієнта і тоді своєчасність характеризує особисту доступність медичної допомоги, а не територіальну.

Проте слід звернути увагу, що наказ № 504 в розумінні ПМД не обмежується власне медичною допомогою, а говорить про медичні послуги в рамках ПМД, що є дуже важливим в цілях профілактики хвороб. Так, додатком № 1 до порядку надання ПМД визначено перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, де вказано 17 різних послуг. Частина з них, наприклад, надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя; динамічне спостереження за неускладненою вагітністю; здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною не обумовлені потребою в наданні медичної допомоги, але натомість спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення. Тому в цьому випадку важливо говорити про територіальну доступність, а не часову, адже це не обумовлено станом здоров'я особи.

Щодо умови формування та забезпечення виконання плану розвитку госпітального округу, вказані плани затверджується відповідними ОДА за погодженням з МОЗ і переглядається не рідше 1 разу на 3 роки. Вимоги до плану розвитку визначені в п. 18 Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж, що затверджений постановою № 174.

Проте у вказаних вимогах до плану розвитку немає жодних прямих вимог щодо територіальної доступності медичної допомоги. Єдиним критерієм, який певним чином стосується територіальної доступності, можемо вважати вимогу щодо переліку надавачів медичних послуг, включених до спроможної мережі, з «описом маршрутів пацієнтів у межах госпітального округу (в обов'язковому порядку визначаються маршрути пацієнтів з гострим коронарним синдромом, гострим мозковим інсультом, невідкладною хірургічною та травматологічною патологією, під час надання перинатальної допомоги та реабілітаційної допомоги, але не обмежуються зазначеними станами)» [80], проте не встановлено вимог щодо маршрутів пацієнтів з будь-якими іншими діагнозами, а також не встановлено вимог щодо врахування під час маршрутів територіальної доступності закладу, що, на нашу думку, є негативом, оскільки в таких гострих станах швидке (своєчасне) надання медичної допомоги є дуже важливим для зменшення негативних наслідків гострого стану пацієнта. Саме в цьому прикладі територіальна доступність перекликається з особистою доступністю, оскільки чим ближче знаходиться необхідних ЗОЗ, тим швидше буде надано необхідну медичну допомогу, а отже вдасться зберегти життя пацієнта та значно зменшити ризики погіршення здоров'я через несвоєчасне (пізнє) надання медичної допомоги. Тому вважаємо, що необхідне внесення змін до постанови № 174 в частині встановлення певних вимог щодо територіальної доступності закладу для населення, наприклад, у вигляді максимальної віддаленості за кілометрами з урахуванням маршрутів міжміських перевезень, які теж забезпечуються ОВА.

Далі в постанові № 174 йде мова про ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я та інвестицій для розвитку спроможної мережі,

спрямованих на покращення доступу та якісної медичної та реабілітаційної допомоги. Без сумніву, у держави, як і у іноземних донорів ресурси обмежені, тому вже сьогодні стає зрозумілим, що говорити про розбудову спроможної мережі в умовах воєнного часу не доводиться, а тому тут важливо сконцентрувати увагу на відновленні та відбудова найбільш необхідних ЗОЗ. І тут дійсно дуже важливо враховувати територіальну доступність ЗОЗ для населення, але оскільки в нормативно-правових актах немає таких вимог щодо територіальної віддаленості ЗОЗ, то наразі ці вимоги не враховуються при будівництві нових ЗОЗ, тому дуже важливо врахувати нашу пропозицію вище щодо максимальної територіальної віддаленості ЗОЗ до населених пунктів території обслуговування [52, с. 244].

Наступними критеріями територіальної доступності визначено чомусь «забезпечення фінансової стійкості закладу охорони здоров'я, що входить до спроможної мережі, яка визначається можливістю власника такого закладу забезпечити наявність необхідних функціональних потужностей, з метою забезпечення населення якісною спеціалізованою медичною допомогою в необхідних обсягах та з урахуванням наявного обсягу фінансових ресурсів. Загальні витрати такого закладу на оплату праці з нарахуваннями у поточному місяці не повинні перевищувати 85 відсотків отриманих у поточному місяці коштів з урахуванням накопичених залишків», «фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення їх матеріально-технічної бази, капітального ремонту та реконструкції відповідно до їх визначення в спроможній мережі» [170].

Вважаємо вкрай неправильним територіальну доступність закладу визначати через економічну складову і фактично фінансову доступність медичної допомоги для населення, оскільки, щоб забезпечити фінансову стійкість ЗОЗ має надавати певні платні послуги, а доступність медичної допомоги для населення включає фінансову доступність тобто безоплатність для громадян. Як зазначено нами нижче, безоплатність не означає безкоштовність, тобто вартість цих послуг компенсується з державного чи місцевого бюджету, але в такому випадку ЗОЗ є

залежним від держави в особі НСЗУ, з якою укладає контракти в межах пакетів медичних послуг, та від місцевого бюджету, який може додатково фінансувати певні послуги, але оскільки немає будь-яких додаткових вимог щодо збереження територіальної доступності певних ЗОЗ, то місцева влада може на власний розсуд забезпечувати економічну стабільність і фінансову стійкість одного закладу, але недофінансувати інший, таким чином ставлячи суб'єктивні інтереси вище за об'єктивні критерії територіальної доступності, адже об'єктивних критеріїв немає. При цьому, якщо місцева влада умісно не внесла заклад до спроможної мережі, то його можна не відновлювати і не розвивати, що, на нашу думку, є порушенням вимог Конституції України.

Одним із важливих завдань забезпечення територіальної доступності медичної допомоги є «поступове вдосконалення транспортної доступності до закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі», що напряду пов'язано з забезпеченням транспортного сполучення та безперебійного функціонування міжміського сполучення. При цьому, транспортна доступність має означати не лише наявність маршрутів між населеними пунктами, але й такий графік їх курсування, який би дозволив не лише виїхати до закладу і потрапити на прийом у робочий час, але й повернутись додому, адже наразі багато маршрутів з сільських населених пунктів не дозволяють пацієнтам вчасно доїхати до районного чи обласного центру, де є потрібний багатопрофільний лікарняний заклад, потрапити вчасно на прийом і пройти всі призначені дослідження, що призводить до додаткових витрат пацієнта і робить медичну допомогу не лише територіально, але й фінансово недоступною через додаткові витрати на транспорті необхідність проживання (крім стаціонару) під час отримання медичної допомоги.

Щодо розвитку аеромедичної евакуації в усіх областях, то це звісно дуже амбітна ціль, яка є дуже дороговартісною, тому, на нашу думку, про її системний розвиток можна говорити після закінчення війни на території нашої держави, що обумовлено, у тому числі, безпековими факторами.

Пілотний проект з аеромедичної евакуації запрацював в Україні в 2021 році згідно з постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення єдиного аеромедичного простору» від 17.03.2021 р. № 262 [81] у Київській та Львівській областях та застосовувалась насамперед для транспортування донорських органів, а на 2022 планувалось його поширити на всю територію України, проте війна внесла свої корективи. Згідно вказаної постанови аеромедична евакуація – це транспортування осіб, що потребують медичної допомоги, до закладів охорони здоров'я повітряним транспортом з наданням належної медичної допомоги на борту повітряного судна. Проте з початком війни аеромедична евакуація практикується більше для поранених військових, а не цивільних осіб.

Проте наразі постановою Кабінету Міністрів України від 5 липня 2024 р. № 787 «Деякі питання визначення середньострокових пріоритетних напрямів інноваційної діяльності галузевого рівня» Впровадження новітніх методів та підходів до здійснення аеромедичної евакуації внесено до переліку середньострокових пріоритетних напрямів інноваційної діяльності галузевого рівня на період до 31 грудня року, наступного після припинення або скасування воєнного стану в Україні, введеного Указом Президента України від 24 лютого 2022 р. № 64 «Про введення воєнного стану в Україні», затвердженим Законом України від 24 лютого 2022 р. № 2102-IX «Про затвердження Указу Президента України «Про введення воєнного стану в Україні» [77].

Наступним завданням забезпечення територіальної доступності є розвиток кадрової спроможності, підвищення продуктивності праці та забезпечення безперервності професійного розвитку працівників охорони здоров'я різних спеціальностей, мультидисциплінарних команд в різних сферах медичного обслуговування в межах госпітального округу. По-суті це завдання пов'язано з напрямами медичного обслуговування, які повинні бути територіально доступні, адже ми розуміємо, що в кожному невеличкому населеному пункті не може бути багатопрофільної лікарні, але мають бути мінімально доступні життєво необхідні

напрями медичного обслуговування, відповідно до яких заклад повинен бути укомплектований необхідними фахівцями.

Саме тому, ми наполягаємо на тому, що в постанові № 174 серед критеріїв територіальної доступності крім віддаленості ЗОЗ повинна бути також визначена максимальна віддаленість певних напрямів медичного обслуговування. Так, наразі постанова № 174 виходить з мінімальних напрямів медичного обслуговування, які мають забезпечувати загальні, кластерні та надкластерні заклади в умовах стаціонару.

Так, наприклад, загальні ЗОЗ повинні забезпечувати такі мінімальні (базові) напрями медичного обслуговування: анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах); неврологія; інфекційні хвороби; ортопедія і травматологія; терапія; хірургія. При цьому загальним ЗОЗ визначається заклад охорони здоров'я, який надає медичну допомогу населенню територіальної громади або декількох громад у госпітальному кластері, за такими критеріями: задоволення потреб населення відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування згідно з додатком та на основі соціально-демографічного складу, поточних та прогнозних показників природного та міграційного руху, показників захворюваності та інших статистичних даних щодо населення (оптимальним визначається медичне обслуговування понад 40 тис. осіб); доступність до напрямів медичного обслуговування для мешканців населених пунктів, відстань та шляхи сполучення між якими дозволяють забезпечити цю доступність найменшою можливою кількістю місць надання медичних послуг відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування згідно з додатком. Доступність визначається своєчасністю прибуття до загального закладу охорони здоров'я протягом не більш 60 хвилин та повинна бути еквівалентна радіусу зони обслуговування 60 кілометрів за умови наявності доріг з твердим покриттям; зона обслуговування може бути меншою за відсутності шляхів сполучення чи особливостей рельєфу, які суттєво ускладнюють доступність (ріки без мостів, гори тощо); транспортна доступність, що враховує наявність транспорту загального користування та

відповідних маршрутів для транспортування пацієнтів до місць надання медичної допомоги; фінансова стійкість [80]. Вважаємо, що 60 кілометрів або 60 хвилин це доволі далеко, до того ж напрямів також слід було б розширити на педіатрію, акушерство і гінекологія, а також кардіологію. Наразі Україна перебуває в серйозній демографічній кризі, тому підтримка репродуктивного здоров'я і сімей з дітьми раннього віку є дуже важливою, про що ми зазначали вище в підрозділі щодо особистої доступності медичної допомоги. Щодо кардіології, то інсульти та інфаркти завжди займали перші місця в причинах смертності та короткої тривалості життя українців, тому цим напрямом мала б бути приділена додаткова увага.

Територіальна доступність медичної допомоги в сільській місцевості є окремим викликом. Свого часу Парламентом прийнято окремий Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII, яким передбачено підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості забезпечується шляхом здійснення заходів з розроблення, затвердження, фінансування, виконання державних цільових програм, спрямованих на охорону, поліпшення, збереження та відновлення здоров'я населення, надання субвенцій з Державного бюджету України місцевим бюджетам для розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості, а також належного контролю за цільовим та ефективним використанням коштів, спрямованих на виконання зазначених заходів [172]. В сільській місцевості важливо забезпечити саме надання первинної медичної допомоги, тоді як спеціалізована медична допомога все ж повинна бути забезпечена в загальних, кластерних та надкластерних ЗОЗ, оскільки лікарі-спеціалісти повинні мати певний обсяг практики, щоб надавати якісну професійну медичну допомогу, що в умовах села зробити складно.

Однак, як зазначає І. Кондратьєва «прийняття закону спеціальної дії «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» не вирішило головних питань щодо фінансування первинної ланки

сільської медицини, якими є фельдшерсько-акушерські пункти та не визначило остаточно суб'єкт, який повинен здійснювати їх фінансове забезпечення» [105, с. 119]. Дійсно, тривалий час ФАП та сільські амбулаторії в селі були основним місцем надання медичної допомоги, проте більшість з них часто не мали необхідних умов для надання якісної медичної допомоги, зокрема водопостачання, водовідведення, санвузли [85].

У лютому 2018 року Міністерство охорони здоров'я та Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства затвердили Наказ «Про Порядок формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги». У цьому наказі визначено чотири типи місць надання ПМД:

«Центр ПМД – має не менше 7 лікарів, регулярно діє у населеному пункті, де проживає понад 15 000 тисяч осіб;

Амбулаторія групової практики – має двох лікарів, регулярно діє у населеному пункті, де проживає від 3 000 тисяч осіб;

Амбулаторія моно-практики – має одного лікаря, регулярно діє у населеному пункті, де проживає 1500 тисяч осіб;

Пункт здоров'я – має молодших спеціалістів з медичною освітою та/або лікаря з ПМД, що забезпечує нерегулярне надання ПМД» [170].

Недоліком є те, що в маленькій населених пунктах не передбачено постійного надання ПМД. Так, зокрема, на практиці під такі пункти у селах переобладнали колишні ФАПи. Іншими словами «Пункт здоров'я» – користувався старим приміщенням, але відтепер у ньому не було регулярного лікаря чи фельдшера. Тобто лікар з центру надання ПМД відвідував «Пункт здоров'я», приміром, раз на тиждень, щоб провести прийом із своїми задекларованими пацієнтами, що суттєво погіршило територіальну доступність медичної допомоги для сільського населення.

Водночас попри поширені твердження в літературі ніби ФАПи скасовані, а фельдшери переведені в статус медичних сестер, це не відповідає дійсності, сьогодні по-суті ФАПи існують паралельно як підрозділи центрів первинної

медичної (медико-санітарної) допомоги відповідно до наказу МОЗ «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» від 29.07.2016 № 801 [168].

Ми також розуміємо, що умови війни часто не дають можливості забезпечити безперебійну територіально доступну медичну допомогу через знищення чи пошкодження ЗОЗ. Зрозуміло, що Україна не зможе швидко відновити налагоджену систему медичного забезпечення населення, а тому необхідно приймати якісь тимчасові нові швидкі кроки для виконання ситуаційних завдань. На нашу думку, таким рішенням має стати мобільна медична допомога і формування мобільних бригад з надання ПМД, а в окремих випадках і спеціалізованої медичної допомоги за певними завданнями діагностування та лікування хвороб, адже екстрена медична допомога не зможе покривати такі виклики, оскільки перед нею стоять інші завдання [46, с. 160].

Україна вже має досвід функціонування пересувних мобільних бригад у мовах пандемії Ковід-19. Так, Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Дорожньої карти з впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні у 2021 - 2022 роках» від 24.12.2020 р. № 3018 передбачено створення та функціонування мобільних бригад з вакцинації [165].

Наказом було запропоновано функціонування 572 мобільних бригад (в середньому 23 на регіон). «У складі бригад 1 лікар, 2 медичних працівника середнього медичного персоналу та 1 водій (1 лікар і 1 середній медичний працівник в запасі). Розрахункова спроможність - 120 вакцинацій на день. Вакцинальні раунди тривалістю 25 днів на місяць (1 раунд - 1 доза вакцини)» [165].

Крім того, згідно наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку організації роботи мобільних (пересувних) бригад тестування та забору біологічного матеріалу для діагностики гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від 09.08.2021 № 1697 [169] було

передбачено функціонування мобільних (пересувних) бригад тестування та збору матеріалу, які організовуються ЗОЗ, які надають ПМД. Відповідно до вказівки МОЗ, в Україні вже створено 547 мобільних бригад, до складу яких зазвичай входять водій та один або два медичних працівники. Відвідування мобільних пунктів можливе лише за наявності направлення від лікаря закладу охорони здоров'я, що надає первинну медичну допомогу. Візит додому такі бригади можуть здійснити лише за направленням сімейного лікаря або фахівців екстреної медичної допомоги.

Під час війни розпочали свою роботу мобільні гінекологічні бригади за підтримки донорів. Мобільні бригади оснащені одноразовими оглядовими наборами, матеріалами для забору крові тощо, та портативним УЗД-апаратом, кріслом, кольпоскопом, швидкими тестами. Також у Києві запустили перші мобільні бригади соціально-психологічної підтримки постраждалих від домашнього насильства та насильства за ознакою статі. Створення мобільних бригад відбулося у співпраці міської влади та Фонду ООН у галузі народонаселення [221].

ЮНІСЕФ планує фінансувати роботу мультидисциплінарних мобільних бригад, до яких входитимуть соціальні працівники, юристи, психологи та медики, допомагатимуть сім'ям, які постраждали від війни.

Проте сьогодні все це функціонує лише завдяки ініціативам міжнародних організацій. На державному рівні не прийнято документ, який би визначав порядок роботи мобільних бригад з надання медичної допомоги. На нашу думку, в умовах більше як півроку масштабних воєнних дій це є значним зволіканням держави. Вже сьогодні необхідно, щоб МОЗ прийняв Порядок діяльності мобільних бригад з надання медичної допомоги. Перш за все, така допомога повинна покривати ПМД (у тому силі педіатрію), гінекологічну та невідкладну стоматологічну допомогу, а також психологічну допомогу постраждалим від війни. Окремо важливим питанням є забезпечення вчасної вакцинації населення, особливо дітей, тому важливо, щоб мобільна бригада з надання ПМД могла проводити планові щеплення.

Також окремою проблемою є доступність ліків. До сьогодні мобільні бригади надавали лише медичну допомогу і не постачали ліків, але, на нашу думку, в умовах війни зараз мобільна бригада має бути обладнана пересувним аптечним пунктом з переліком мінімально необхідних ліків, які можуть бути видані за програмою медичних гарантій «Доступні ліки» пацієнту одразу на місці прийому.

2.3. Засоби забезпечення фінансової доступності медичної допомоги

Фінансова доступність медичної допомоги є чи не найболючішим питанням для нашої держави в цілому і кожного пацієнта зокрема. Дійсно Конституція України у ст. 49 гарантує, що «державна 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» [107].

Стаття 8 Основ законодавства деталізує вказану норму Конституції України і визначає, що: «Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать: екстрена медична допомога; первинна медична допомога; спеціалізована медична допомога; паліативна допомога [139]. У статті 8 Основ законодавства передбачено, що «державна гарантує безоплатне надання медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я за епідемічними показаннями». Далі у статті 18 передбачено, що «медична допомога надається безоплатно за рахунок бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані та одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення». Стаття 35-1

визначає, що «первинна медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я та фізичними особами - підприємцями, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення» [139].

Щодо спеціалізованої медичної допомоги, стаття 35-2 визначає, що «спеціалізована медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання такої допомоги, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення (у межах, визначених договором). Спеціалізована медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги або лікуючого лікаря закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання спеціалізованої медичної допомоги» [139].

«Без направлення спеціалізована медична допомога відповідно до медичних показань надається безоплатно закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку в цьому закладі охорони здоров'я. Без направлення спеціалізована медична допомога відповідно до медичних показань також надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання спеціалізованої допомоги, пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані» [139].

Стаття 35-4 визначає, що «паліативна допомога надається безоплатно за направленням лікуючого лікаря у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я» [139].

Закон України «Про екстрену медичну допомогу» передбачає, у статті 3, що на території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, яка надається відповідно до цього Закону [164]. Ч. 2 ст. 4 цього Закону

передбачає, що «виклик екстреної медичної допомоги здійснюється безоплатно». Тобто щодо екстреної допомоги, її безоплатність гарантується не лише для громадян України, але й для будь-яких інших осіб, *незалежно від того, на законних підставах чи ні вони перебувають в Україні (уточнення та виділення наше – С. Б.)*.

Нагадаємо, що відповідно до Рішення Конституційного Суду України вказано, що положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги [190].

Проте Конституційний Суд звернув увагу, що не забороняє вказане положення і можливості надання громадянам медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги (за термінологією Всесвітньої організації охорони здоров'я - «медичних послуг другорядного значення», «парамедичних послуг»), у зазначених закладах за окрему плату. На це вже зверталась увага у Рішенні Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» (справа про платні медичні послуги) від 25 листопада 1998 року №15-рп/98 [188]. Перелік таких платних послуг не може вторгатися у межі безоплатної медичної допомоги і відповідно до вимог пункту 6 частини першої статті 92 Конституції України має встановлюватись законом.

С. Книш наполягає на тому, що необхідне 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 [97, с.

229]. Але з таким твердженням погодитись не можна, адже Україна взяла на себе ряд міжнародних зобов'язань щодо збереження і зміцнення громадського здоров'я, де, зокрема гарантується доступ пацієнтів до новітніх процедур профілактики та лікування онкологічних захворювань, забезпечення доступності медичної допомоги для населення насамперед на рівні ПМД та ряд інших зобов'язань.

Звертаємо увагу на те, що безоплатність для громадян України медичної допомоги не означає її безкоштовність. Фактично вартість медичних послуг, які надаються в державних та комунальних ЗОЗ покривається з державного або місцевих бюджетів. Це передбачено Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [163]. Відповідно до цього Закону держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій [25, с. 380]. Тобто за рахунок коштів державного бюджету гарантується певний однаковий перелік медичних послуг для пацієнтів на всіх території України.

Крім того, органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці працівників (програми "місцевих стимулів"), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я (ч. 5 ст. 3 Закону) [163]. Тобто на певних територіях в комунальних ЗОЗ може бути значно ширший перелік медичних послуг для населення певної території, ніж на іншій, що вже свідчить про порушення принципу рівності.

Також ст. 4 цього Закону передбачає, що «у межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями

або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням: екстреної медичної допомоги; первинної медичної допомоги; спеціалізованої медичної допомоги; паліативної медичної допомоги; реабілітації у сфері охорони здоров'я; медичної допомоги дітям до 16 років; медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами»[163]. На нашу думку, це є необґрунтованим розширенням гарантованих Конституцією України прав громадян і необґрунтованою витратою коштів з Державного бюджету України.

Вказаний Закон містить багато суперечливих положень. Тому Конституційним Судом України за зверненням 59 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [106] відкрито провадження, яке розглядається Великою палатою Конституційного Суду України. На жаль, досі немає рішення Конституційного Суду України у цій справі, що суттєво б полегшило дослідження питання фінансової доступності медичної допомоги з урахуванням норм чинного законодавства.

Крім того, слід звернути увагу, що раніше Конституційний Суд України в рішенні у справі №1-13/2002 наголосив, що перелік таких платних послуг не може вторгатися у межі безоплатної медичної допомоги і відповідно до вимог пункту 6 частини першої статті 92 Конституції України має встановлюватись законом. Проте в ч. 10. Ст. 18 Основ законодавства визначено, що «заклади охорони здоров'я державної та комунальної форм власності можуть надавати послуги з медичного обслуговування, які не покриваються програмою медичних гарантій з медичного обслуговування населення, а також в інших випадках, перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України, за плату від юридичних і фізичних осіб. Плата за такі послуги з медичного обслуговування встановлюється закладами охорони здоров'я самостійно» [139].

Тому виникає питання щодо законності встановлення рішенням (постановою) КМУ випадків, коли в державних та комунальних ЗОЗ може справлятися плата за медичні послуги. Так, Кабінетом Міністрів України 05 липня 2024 року прийнято постанову № 781 «Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб», яка набула чинності з 01 січня 2025 року [79]. Постановою передбачено перелік випадків, за яких заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності можуть надавати послуги з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб. Зокрема, постанова передбачає випадки окремо, коли оплачується медичне обслуговування, а коли додаткові послуги, які надаються додатково до медичного обслуговування. Так, медичне обслуговування платне у разі надання послуг з медичного обслуговування населення: «без направлення лікаря; за договорами з юридичними особами; закладах охорони здоров'я, що належать до сфери управління Державного управління справами та державних органів, які входять до сектору безпеки і оборони пацієнтам, які не належать до прикріпленого контингенту; які не покриваються за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення». Але дискусійним залишається питання платності медичного обслуговування, яке не покривається через програму медичних гарантій, адже відповідно до Конституції України медичне обслуговування є безоплатним. Щодо так званих додаткових послуг, які пов'язані з наданням медичної допомоги, вказана постанова передбачає, що за плату можуть надаватися послуги з медичного обслуговування населення: «за місцем проживання (перебування) пацієнта за самостійним вибором пацієнта за умови відсутності показання для їх надання; самостійний вибір лікуючого лікаря під час надання спеціалізованої медичної допомоги у плановому порядку у стаціонарних умовах; перебування в палаті із підвищеним рівнем комфорту та сервісу за самостійним вибором пацієнта» [79]. Не можна погодитись з оплатним вибором лікуючого лікаря, адже відповідно до ст. 38 Основ законодавства гарантує кожному пацієнту право на вільний вибір лікаря та методів лікування [139]. На нашу думку, все ж КМУ не

має права встановлювати перелік платних послуг, вони повинні бути визначені законом.

Зрозуміло, що питання безоплатності для пацієнтів всієї медичної допомоги періодично піднімається в державі, адже сьогодні в складних умовах війни, а в подальшому в умовах післявоєнного відновлення державі вкрай складно покривати витрати на медичну допомогу для всього населення України. У провідних країнах Європи діють різні моделі доступності медичної допомоги, вони зазвичай поєднуються з медичним страхуванням, тому, на нашу думку, слід говорити в рамках доступності медичної допомоги не про її безоплатність, а про справедливий рівний доступ для всіх до медичної допомоги, розділивши чітко медичні послуги, які входять до складу медичної допомоги (лікування) і медичні послуги, які безпосередньо з нею пов'язані, але не входять до її складу. Тоді можливо забезпечити рівний і справедливий доступ до медичної допомоги всім, хто цього потребуватиме у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами, а не тому, що це гарантує і оплачує держава чи місцевий бюджет.

Наразі держава гарантує безоплатність медичної допомоги шляхом встановлення кримінальної відповідальності за порушення права на безоплатну медичну допомогу. Відповідно до ч. 1 ст. 184 Кримінального кодексу України «незаконна вимога оплати за надання медичної допомоги в державних чи комунальних закладах охорони здоров'я карається штрафом до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або пробаційним наглядом на строк до двох років» [109]. Вказане діяння є кримінальним проступком, що значно спрощує його розслідування та притягнення до кримінальної відповідальності. Водночас, в літературі зустрічається позиція, що «передбачені в КК норми про відповідальність за корупційні правопорушення можуть і мають застосовуватися за корупційні правопорушення у сфері надання медичної допомоги» [75, с. 32].

С. Стеценко обстоює позицію, що сьогоднішній стан розвитку охорони здоров'я в Україні свідчить про необхідність чіткого визначення переліку тих

видів (об'ємів) медичної допомоги, які надаються пацієнтам безкоштовно. «Тут другорядною може вважатись проблема того, звідки ж будуть надходити кошти за реально проведені медичні обстеження (профілактику, лікування) – чи то безпосередньо з бюджетів різних рівнів, чи то від роботодавців, чи з інших джерел. Основний критерій, який може вважатись ключовим з точки зору державного управління – безоплатність даного мінімуму медичних послуг для конкретного пацієнта» [208, с. 78].

Таким чином безоплатність медичної допомоги для громадян означає відсутність стягнення плати за медичні послуги з громадян. Але це не заперечує того, що хтось повинен платити за такі послуги. На жаль, доки немає рішення Конституційного Суду України з цього питання, тому не виключено, що після його прийняття вказаний Закон може бути змінений, як і змінені підходи до безоплатності медичної допомоги.

Слід звернути вагу на позицію КСУ щодо забезпечення права на освіту. Зокрема, Суд вказав, що безоплатність освіти як конституційна гарантія реалізації права на освіту означає можливість здобуття освіти в державних і комунальних навчальних закладах без внесення плати у будь-якій формі за освітні послуги визначених законодавством рівня, змісту, обсягу і в межах тих видів освіти, безоплатність яких передбачена частиною третьою статті 53 Конституції України. «Виходячи з положень частин другої, третьої статті 53 Конституції України, за якими повна загальна середня освіта є обов'язковою і безоплатною, витрати на забезпечення навчально-виховного процесу в державних і комунальних загальноосвітніх навчальних закладах здійснюються на нормативній основі за рахунок коштів відповідних бюджетів у повному обсязі» [189]. Тобто Судом не заперечується позиція, що безоплатність для громадян не означає безкоштовність взагалі. Вказане право громадянина у разі його використання має бути оплачено кимось іншим.

Право на медичну допомогу у науці відносять до соціальних прав громадян. На думку Конституційного Суду України, викладену ним в Рішенні від 22.05.2018 р. № 5- р/2018 (пункт 2.3.) «держава виходячи з існуючих фінансово-

економічних можливостей має право вирішувати соціальні питання на власний розсуд. Тобто у разі значного погіршення фінансово-економічної ситуації, виникнення умов воєнного або надзвичайного стану, необхідності забезпечення національної безпеки України, модернізації системи соціального захисту тощо держава може здійснити відповідний перерозподіл своїх видатків з метою збереження справедливого балансу між інтересами особи та суспільства. Проте держава не може вдаватися до обмежень, що порушують сутність конституційних соціальних прав осіб, яка безпосередньо пов'язана з обов'язком держави за будь-яких обставин забезпечувати достатні умови життя, сумісні з людською гідністю» [191].

Не заперечується теза і про оплатність безоплатної для пацієнта медичної допомоги і нинішньою суддею Конституційного Суду України О. Совгирею, але при цьому основними проблемами вчена вбачає: «1) коригування обсягу права на охорону здоров'я в залежності від статусу громадянина: іншими словами варто передбачити механізми, які би надавали громадянину можливість максимально адекватно до його стану здоров'я отримати безкоштовну допомогу незалежно від його майнового стану; 2) регіоналізацію медичної допомоги: слід розробити та законодавчо закріпити дієві механізми уникнення різкої регіоналізації медичної допомоги (між містами та селами, та між регіонами з більш високим та більш низьким рівнем економічного розвитку)» [201, с. 94]. Не заперечуючи другу проблему, щодо першої зазначимо, що на нашу думку, некоректно з точки зору справедливості говорити про безоплатність для пацієнтів медичної допомоги, виходячи з майнового стану. Це призведе до соціального напруження через несправедливість підходу, адже люди з вищим рівнем доходу платять вищі податки і відповідно хочуть отримати базовий набір державних послуг за ці податки. Тому слід говорити в цілях справедливості про однаковий рівний доступ для всіх пацієнтів до необхідної медичної допомоги відповідно до базових потреб, тоді як в цілях стимулювання можна говорити про розширений набір медичних послуг для особи, яка додатково сплачує медичне страхування.

Відповідно ще одним важливим питанням є можливість покриття витрат на безоплатну медичну допомогу за рахунок обов'язкового чи добровільного страхування. Це питання вже давно є актуальним у вітчизняній юридичній науці [94 с. 300; 210, с. 72; 40, с. 285; 122 с. 300; 103, с. 250]. На нашу думку, оскільки в ст. 49 Конституції України передбачено, що кожен має право на медичне страхування, то покриття витрат на медичну допомогу за рахунок коштів обов'язкового чи добровільного страхування не виключене, головне, щоб було дотримано принцип безоплатності медичної допомоги для пацієнта.

Так, сам Конституційний Суд вказав, що «Розглядаючи питання щодо можливості солідарної участі населення у додатковому фінансуванні галузі охорони здоров'я, порушене суб'єктом права на конституційне подання, Конституційний Суд України зазначає, що безоплатність медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я не виключає такої можливості через фінансування цієї галузі за рахунок розвитку позабюджетних механізмів залучення додаткових коштів, у тому числі і шляхом створення лікарняних кас (спілок, фондів), діяльність яких має бути врегульована законом. Джерелами таких додаткових надходжень на фінансування галузі охорони здоров'я в цілому можуть бути і встановлені законом офіційні прямі платежі населення за медичні послуги другорядного значення, і відомчі асигнування на утримання медичних закладів, і надходження від проведення благодійних акцій і заходів, і кошти міжнародних програм гуманітарної допомоги, і пожертвування громадських, релігійних благодійних організацій та меценатів, і страхові внески роботодавців у системі обов'язкового державного медичного страхування, і фінансування компаній-організаторів добровільного медичного страхування, і ресурси нагромаджувальних програм територіальних громад, і державні медичні позики тощо» [190].

Наразі дуже багато уваги присвячено питанню забезпечення обов'язкового чи добровільного медичного страхування у роботах Т. Кмінської, С. Стеценка, В. Сенюти, В. Стеценка, Я. Шатковського та багатьох інших [92, с. 6; 93, с. 111; 207, с. 57; 58, с. 178; 73, с. 24]. Вказане питання виходить за межі нашого

наукового дослідження, але в цілому ми підтримуємо ідею впровадження системи медичного страхування, яка б розширила доступ пацієнтів до безоплатних для них медичних послуг, адже ми розуміємо, що держава не може гарантувати і покрити всі потреби всього населення в медичній допомозі.

Впровадження державного медичного страхування в Україні не суперечить конституційному припису щодо безоплатності медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я лише в тому разі, коли платниками обов'язкових страхових платежів (внесків) будуть суб'єкти господарювання, державні фонди тощо. «Стягнення таких платежів (внесків) із громадян у системі державного медичного страхування не відповідатиме конституційному положенню, оскільки буде однією з форм оплати за надання їм допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я» [141]. В. Пашков вважає, що «неможливо запровадити повноцінну систему страхування без внесення змін до ст. 49 Конституції України» [142, с. 2].

Слід звернути увагу також на рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» від 30 липня 2021 року, введене в дію Указом Президента України від 18 серпня 2021 року № 369/2021 [175]. Саме це рішення вказало на важливість розроблення та затвердження Стратегічного плану розвитку системи охорони здоров'я населення на період до 2030 року. У вказаному документі відсутня згадка про безоплатність медичної допомоги для громадян. Натомість зафіксовано доручення КМУ щодо розробки чітких механізмів для забезпечення рівного доступу громадян України до своєчасної, безпечної та якісної екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги та реабілітації у сфері охорони здоров'я.

Що стосується платності, слід звернути увагу на такі доручення для КМУ з рішення: «поетапне включення до тарифів на медичні послуги вартості лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, які є необхідними для надання медичних послуг у рамках програми медичних гарантій у закладах

охорони здоров'я будь-якої форми власності, які наразі закуповуються централізовано за рахунок коштів інших програм державного бюджету; створення передумов для стимулювання і розвитку добровільного медичного страхування, зокрема, шляхом надання податкових пільг для роботодавців та фізичних осіб у разі укладення ними відповідних договорів страхування; ужиття дієвих заходів щодо контролю за фінансово-бюджетною дисципліною у закладах охорони здоров'я з метою викоренення практики неофіційних платежів населення за медичні послуги, проведення постійного моніторингу ефективного витрачання бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я» [175].

Нарешті затверджена розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Вона передбачає стратегічну ціль № 1 «Забезпечення універсального доступу населення до якісних медичних послуг та інструментів реалізації права на здоров'я» [177], тобто тут вже йде мова не про безоплатний, рівний чи справедливий доступ, а універсальний. Вважаємо вказаний термін некоректним, адже слово «універсальний» означає «який охоплює все чи багато чого у якійсь ділянці, сфері життя; всеосяжний; придатний для всього або для багато чого; який має різноманітне призначення; який має різноманітні знання та навички; різнобічний» [63, с. 1507]. При цьому оперативною ціллю 1 запропоновано забезпечення рівних умов та безперешкодного доступу до медичних послуг, ціллю 2 – забезпечення доступу до якісних, доказових та безпечних лікарських засобів та медичних виробів. Тобто універсальність не може і не дорівнює доступності чи рівності в забезпеченні медичною допомогою.

Окремо слід звернути увагу на стратегічну ціль 2 «Посилення політик та спроможності інститутів національної системи охорони здоров'я», а саме оперативну ціль 2. «Забезпечення належного фінансування системи та ефективності використання коштів».

Завданнями з реалізації цієї оперативної цілі Стратегії є:

«забезпечити пріоритет здоров'я у формуванні бюджетної політики країни та фінансування охорони здоров'я з бюджету на рівні не менше 5% ВВП, а за

умови економічного зростання збільшити державні витрати на охорону здоров'я понад захищений рівень;

розробити чіткі правила та регуляції для розвитку ринку добровільного медичного страхування, в тому числі додаткового для послуг, які не покриваються державними медичними гарантіями, не загрожують життю та не пов'язані безпосередньо з клінічною якістю обслуговування;

продовжити об'єднання (пулінг) коштів різних бюджетів для фінансування системи охорони здоров'я, в тому числі для проведення централізованих закупівель;

провести оптимізацію установ, підприємств та організацій в сфері управління Міністерства охорони здоров'я та Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками та позбавитись непрофільних та неприбуткових активів;

розробити та впровадити додаткові механізми забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, в тому числі шляхом врегулювання продажу та оподаткування окремих товарів і послуг (включаючи акцизне оподаткування), спрямування коштів від настання страхових випадків до системи охорони здоров'я тощо;

впровадити механізми забезпечення ефективності використання власних коштів закладами охорони здоров'я, в тому числі шляхом посилення спроможності щодо фінансового планування закладів, впровадження елементів моніторингу за витратами» [177].

Саме вказані заходи, на нашу думку, і характеризують адміністративно-правові засоби забезпечення фінансової доступності медичної допомоги з позицій її розгляду як елемента керівного принципу охорони здоров'я, який виступає основою для формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Операційний план реалізації у 2024-2026 роках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [181] передбачає реалізацію ряду заходів, проте

нами не вбачається в цьому плані ефективних заходів для забезпечення фінансової доступності медичної допомоги для населення.

Колектив авторів на чолі з І. Миронюком, аналізуючи попередню редакцію стратегії, розуміють фінансову доступність як твердження: «люди мають фінансовий захист при отриманні гарантованих державою необхідних якісних та доступних послуг в охороні здоров'я; рівень платежів із кишені значно знизився, не обмежує попит і доступ до послуг, та не призводить до катастрофічних витрат у випадку хвороби» [128, с. 41]. Підтримуємо авторів у тому, що фінансова доступність має бути забезпечена не лише шляхом забезпечення безоплатності медичних послуг, але й постійною боротьбою з неформальними платежами у сфері охорони здоров'я.

Отже відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [163] Уряд щороку затверджує порядок реалізації програми медичних гарантій на кожен рік. Документ готується спільно МОЗ та НСЗУ. На 2024 рік на програму буде виділено майже 159 млрд гривень, що на 16 млрд гривень більше, ніж торік. У тому числі 5,2 млрд гривень — на реімбурсацію лікарських засобів. Загалом у Програмі медгарантій на наступний рік передбачено 44 пакети послуг, серед яких — три нові: Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення *in vitro*), Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів, Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин [220].

Не будемо детально зупинятись на всіх 44 пакетах послуг, які сьогодні покриваються державою через НСЗУ, адже така інформація доступна на офіційному вебсайті НСЗУ [64]. На сьогодні ці пакети послуг розподіляються за видам медичної допомоги, певними хворобами чи станами, тобто фінансова доступність послуг визначається потребою пацієнта і тим самим реалізується справедливості розподілу ресурсів. На нашу думку підхід справедливості є більш правильним за підхід рівності в доступності медичної допомоги, адже тоді можна

говорити про соціальну справедливість розподілу певних ресурсів, коли допомога є доступною для тих, хто цього потребує. При цьому, якщо в особи немає медичної потреби в отриманні певної послуги, але вона хоче її отримати, вона має рівне право доступу до такої допомоги, але при цьому за власний рахунок. Тобто, рівність у доступі не означає фінансову доступність, але означає соціальну справедливість.

Вказана позиція узгоджується із законодавством ЄС, зокрема у ст. 35 «Охорона здоров'я» Хартії основоположних прав Європейського Союзу «кожен має право на доступ до профілактичної медичної допомоги та права на лікування в умовах, встановлених національним законодавством і національними практиками» [226].

Немає сумнівів, що людина може, спираючись на статті 19 і 20 ДФЄС, безпосередньо вимагати рівного ставлення до себе з боку системи, яка забезпечує таку профілактику та догляд. ЄСХ, зокрема стаття 11 (право на охорону здоров'я, що включає як усунення причин хвороб, так і консультування з питань охорони здоров'я та запобігання епідеміям) та стаття 13 (право на соціальну та медичну допомогу, що зобов'язує держави-учасниці забезпечувати солідарні системи надання такої допомоги), також є джерелом для коментованого положення. На практиці охорона здоров'я все ще забезпечується через національні системи медичного страхування або страхування на випадок хвороби, які існують у державах-членах і відрізняються одна від одної. Право ЄС координує роботу національних систем і лише у виняткових випадках встановлює порядок надання медичних послуг. «Ці випадки пов'язані з бажанням більш ефективно використовувати вільні потужності національних служб охорони здоров'я для пацієнтів з інших держав-членів, які занадто довго чекають на надання відповідної медичної послуги в своїх країнах» [34, с. 1666].

Крім того Глобальна політика протидії соціальній несправедливості в охороні здоров'я, політика зменшення соціальної нерівності та несправедливості в охороні здоров'я, посилення відповідальності держави в гарантуванні вільного доступу до медичних послуг та гарантії безоплатної медичної допомоги

перебувають в основі рекомендацій ВООЗ. «Побудова систем охорони здоров'я, за пропозиціями цього ключового актора глобальної політики охорони здоров'я, має забезпечуватись, зокрема, через реалізацію принципу всезагального доступу до визначеного мінімуму («гарантованого пакета») медичних послуг» [22].

«Гарантований пакет» безоплатної медичної допомоги, на думку Т. Семигіної та О. Осейчук «пов'язаний із розумінням конкретним суспільством справедливого розподілу соціальних благ, чесним доступом до охорони здоров'я. Те, що люди вважають соціально справедливим, має провідне значення для визначення державних гарантій, в тому числі в охороні здоров'я, адже є одним з ключових інструментів соціального захисту населення» [195, с. 38].

Тут важливо звернути увагу на практику ЄСПЛ, який розглядав вже питання державного гарантування соціальної справедливості пацієнтам. Наприклад у справі «Панайтеску проти Румунії» (Panaitescu v. Romania) «порушення соціальних гарантій пацієнту розцінюється як порушення права на життя, а саме ст. 2 Європейської конвенції з прав людини. Справа стосується скарги заявника щодо недотримання владою Румунії обіцянки надання спеціальних протизапальних ліків безкоштовно. У червні 2002 року румунські суди постановили, що заявник повинен мати право пільги за законом як компенсацію за переслідування за етнічними ознаками у 1940-1945 рр. Хоча він мав право отримувати необхідні ліки безкоштовно, це право органи охорони здоров'я неодноразово заперечували, головню на бюрократичних засадах. Як наслідок, він не зміг належно продовжувати своє лікування, тож хвороби прогресували. ЄСПЛ визнав порушення Румунією ст. 2 Конвенції та нагадав, що згідно з Конвенцією, держави зобов'язані діяти так, щоб захищати життя людей в межах своєї компетенції» [24].

Забезпечення фінансової доступності медичної допомоги є чи не найскладнішим питанням для України. Вже сьогодні зрозуміло, що фінансова доступність медичної допомоги не може включати надання необмеженої кількості медичних послуг безоплатно для громадян. Тому мова йде про забезпечення соціальної справедливості як угоди між державою і суспільством,

де держава буде гарантувати суспільству рівний безоплатний доступ для всіх «гарантованого пакета» безоплатної медичної допомоги згідно з основними потребами суспільства та відповідно до медичних потреб кожного пацієнта.

Висновки до розділу 2

1. Особиста доступність медичної допомоги є соціальним правом кожного, при цьому вона впливає на загальні показники громадського здоров'я і відповідно здоров'я нації в цілому.

Показниками особистої доступності медичної допомоги є: вільний вибір пацієнтом лікаря та закладу для отримання медичної допомоги; можливість отримати послугу за місцем проживання (перебування) пацієнта, у тому числі з використанням телемедицини; підвищення задоволеності пацієнтів медичними послугами та посилення довіри до сімейної медицини; зменшення малюкової смертності; зменшення кількості смертей від раку, інсультів та інфарктів (саме ці хвороби є найбільш поширеними причинами передчасної смертності, тому їх показники в цілому показують рівень суспільного здоров'я); своєчасність отримання необхідної медичної допомоги та суттєве зменшення часу очікування та отримання необхідної планової медичної допомоги, забезпечення прозорості ведення черги пацієнтів на отримання дороговартісних медичних послуг.

Кожен з цих показників проаналізовано з точки зору достатності та ефективності впроваджених державою заходів адміністративно-правового забезпечення.

2. Територіальна доступність медичної допомоги сьогодні є доволі складним питанням для держави через знищення та пошкодження країною-агресором значної кількості ЗОЗ.

Територіальна доступність медичної допомоги гарантована Конституцією України, а тому її порушення шляхом незаконного скорочення мережі державних

і комунальних закладів охорони здоров'я є кримінальним правопорушенням, відповідальність за вчинення якого передбачено ч. 2 ст. 184 КК України.

Територіальна доступність забезпечується шляхом формування та затвердження спроможної мережі ЗОЗ для кожної області, а також погодження МОЗ та затвердження місцевими органами влади планів розвитку госпітальних округів. Спроможна мережа вже сформована у 19 областях. У Запорізькій, Донецькій, Луганській, Херсонській, Миколаївській областях та на території АР Крим у період дії воєнного стану спроможна мережа не запроваджується. Для м. Києва спроможна мережа досі не затверджена, оскільки для Києва необхідні інші критерії територіальної доступності, ніж для інших адміністративно-територіальних одиниць, враховуючи статус міста, концентрацію населення та значну кількість ЗОЗ, які не підпадають під характеристики ЗОЗ спроможної мережі.

Постановою КМУ № 174 виокремлено критерії подальшого забезпечення територіальної доступності медичної допомоги, кожен з яких проаналізовано окремо з точки зору його достатності та ефективності.

3. Фінансова доступність медичної допомоги є чи не найбільшочішим питанням для нашої держави в цілому і кожного пацієнта зокрема. Фінансова доступність медичної допомоги не означає її безкоштовність, а передбачає відсутність стягнення плати за медичні послуги з громадян. Такі послуги відповідно оплачуються з державного чи місцевого бюджету.

Фінансова доступність медичної допомоги не може бути абсолютною безоплатністю для громадян, тому слід говорити про забезпечення соціальної справедливості як угоди між державою і суспільством, де держава буде гарантувати суспільству рівний безоплатний доступ для всіх «гарантованого пакета» безоплатної медичної допомоги згідно з основними потребами суспільства та відповідно до медичних потреб кожного пацієнта. Щодо іншого, перелік платних медичних послуг для громадян має бути передбачений на рівні закону, а не постанови КМУ.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1. Вдосконалення забезпечення доступності медичної допомоги у період дії правового режиму воєнного стану

У другому розділі цієї роботи ми звертали увагу на проблеми недоступності медичної допомоги у період воєнного стану, які потребують вирішення саме під час дії правового режиму воєнного стану. Тому ми тут не будемо згадувати питання відбудови ЗОЗ і розширення спроможності мережі охорони здоров'я, оскільки розуміємо, що в будь-який час відбудований заклад може бути знищений країною-агресором повторно.

Питанням адміністративно-правових форм, методів та засобів забезпечення доступності медичної допомоги присвячені роботи М. Білинської, І. Буряк, Ю. Вітренка, В. Галай, З. Гладун, І. Демченка, Л. Дешко, Д. Карамишева, О. Корвецького, В. Лехана, Б. Логвиненка, М. Малєїна, А. Миронова, З. Надюк, В. Пашкова, О. Пелагеша, Л. Підгорної, М. Пришляк, Н. Путіло, Я. Радиш, Г. Романовського, В. Рудого, Л. Руснак, Л. Самілик, О. Сіделковського, О. Солдатенка, О. Соловйової, Р. Стефанчука, В. Стеценка, О. Стрельченко, Т. Тихомирова та багатьох інших.

Проте вони розглядали різні аспекти адміністративно-правового регулювання сфери охорони здоров'я з позицій доступності медичної допомоги в контексті медичних реформ мирного часу. Питання доступності медичної допомоги в умовах воєнного стану сьогодні залишається недослідженим.

У зв'язку зі збройною агресією російської федерації проти України Верховна Рада України 29 липня 2022 року ухвалила Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану»,

який дещо спростив залучення медичних працівників до надання медичної допомоги, умови її надання та документообіг [161].

Доволі багато зроблено в частині пристосування екстреної медичної допомоги до потреб воєнного часу, зокрема, «оновлено стандарти медичного сортування, дозволено доступ іноземних медичних працівників та студентів медичних закладів до практики надання медичної допомоги, врегульовано питання надання медичної допомоги військовослужбовцям тощо» [113, с. 82].

З початком активних бойових дій на всіх території України медична система зіштовхнулась з новими викликами і побудована для мирного часу медична система виявилась неспроможною швидко реагувати та забезпечувати воєнні потреби. Так, окремі медичні працівники мобілізувались і пішли захищати нашу державу, інші переїхали в більш безпечні місця (у тому числі і за кордон, де завжди був дефіцит медичних працівників і зарубіжні країни з радістю приймати на роботу українських фахівців), хтось залишився на окупованих територіях. Так, офіційно близько 2,5 тисячі лікарів і медичних сестер залишили Україну. Також ще близько 4 тисяч медиків вимушено змінили місце роботи, оскільки їх заклади перебували в окупації або в зоні бойових дій [47, с. 305].

Щодо медичних закладів, то дуже багато з них було зруйновано або пошкоджено, така ж ситуація з аптечними закладами, які видавали медикаменти за програмою «Доступні ліки». Зокрема станом на серпень 2022 року всього 927 об'єктів — закладів охорони. 649 надавачів послуг — закладів охорони здоров'я перебувають на території, де Росія намагається встановити окупаційний режим [121]. Вже станом на січень 2024 року сума прямих збитків від зруйнованої інфраструктури у сфері охорони здоров'я зросла уже до 3,1 млрд дол. США, серед зруйнованих або пошкоджених об'єктів – було, зокрема, 426 лікарень [90].

Крім того, медичні заклади зіштовхнулись з серйозною проблемою безперебійного забезпечення електроенергією через масовані атаки росії на енергетичні об'єкти.

Також виникли проблеми з доставкою медичних препаратів, а також необхідністю надання медичної допомоги значній кількості військовим у

зкладах, які знаходились близько біля активних бойових дій і відповідно перепрофілювання цивільних закладів охорони здоров'я на військові потреби.

Значна кількість населення України стали вимушеними внутрішніми переселенцями, відповідно вони втратили зв'язок зі своїми сімейними лікарями і це ускладнювало можливість запису на прийом до лікарів в інших населених пунктах та отримання ліків за рецептом.

Проте Міністерство охорони здоров'я України наказом від 17.03.2022 р. № 496 «Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану», визначило порядок надання первинної медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам. «Тимчасово внутрішньо переміщені особи за своїм вибором зверталися у будь-який заклад охорони здоров'я, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування. Такі установи мали обов'язок надати медичні послуги всім, хто до них звернувся за місцем знаходження». Так, у затвердженій формі здійснювався облік ведення внутрішньо переміщених осіб, проводились вакцинації відповідно до вимог встановлених законодавством [78].

Проте О. Батрин, В. Теремецький, О. Івахненко зробили висновок про те, що «впродовж 2022– 2023 рр. було внесено зміни й розроблено нормативно-правові акти, якими спрощено механізм доступу до медичної і реабілітаційної допомоги для населення України; документообіг; розширено перелік медичних працівників, які можуть надавати медичну і реабілітаційну допомогу» [42, с. 50]. Проте вказані автори пропонують «розробити Національний План дій щодо подолання нерівностей у доступі до медичної допомоги вразливих верств населення України на повоєнний період і розробити відповідну Стратегію» [42, с. 53]. На нашу думку, в Україні і так достатньо різних стратегій та концепцій, а умови воєнного стану потребують швидких та ефективних рішень, а не розробки стратегічних документів. Щодо післявоєнного відновлення, ми також вважаємо недоцільним розроблення окремої стратегії, адже наразі КМУ прийнято Стратегію розвитку системи охорони здоров'я населення на період до 2030 року [177], тому необхідно єдиний стратегічний документ з єдиним баченням та планами розвитку системи охорони здоров'я, у тому числі і доступності медичної

допомоги для населення, який би передбачав також врахування зобов'язань України у сфері європейської інтеграції, про що ми зазначимо нижче.

VI Міжнародний медико-правовий форум «Правове регулювання діяльності у сфері охорони здоров'я під час війни: виклики сьогодення» вбачає такі проблеми в забезпеченні доступності медичної допомоги в умовах воєнного часу: «1) зниження рівня доступності медичної допомоги внаслідок неможливості її отримання внаслідок бойових дій, окупації, руйнування закладів охорони здоров'я, а також зменшення кількості медичних працівників, які продовжують працювати під час війни; 2) погіршення стану здоров'я населення через поранення, погіршення умов проживання внаслідок повної або часткової відсутності тепла, водопостачання та електрики, несвоєчасне діагностування захворювань та їх відкладене лікування, а також значне психологічне навантаження; 3) погіршення стану санітарно-епідемічної обстановки, особливо на (де)окупованих територіях та в районах ведення бойових дій, обумовлене залишенням напризволяще тіл (останків) загиблих та високою загрозою спалаху і поширення на території всієї країни епідемій; 4) порушення графіків вакцинації населення та ускладнення доступу до неї на окупованих територіях і територіях, де ведуться бойові дії, руйнування медичної інфраструктури, що призведе до поширення так званих вакцинокерованих захворювань, зокрема поліомієліту, корі, дифтерії, паротиту та інших; 5) неможливість проведення у належному обсязі тестування на інфекційні хвороби, зокрема на ВІЛ/СНІД, осіб, які перебувають на (де)окупованих територіях та зазнали сексуального насильства від російських військових та(або) були позбавлені доступу до антиретровірусної терапії» [159, с. 8].

Вже сьогодні зрозуміло, що Україна не зможе швидко відновити налагоджену систему медичного забезпечення населення, а тому необхідно приймати якісь тимчасові нові швидкі кроки для виконання ситуаційних завдань. На нашу думку, таким рішенням має стати мобільна медична допомога і формування мобільних бригад з надання первинної медичної допомоги (далі – ПМД), а в окремих випадках і спеціалізованої медичної допомоги за певними

завданнями діагностування та лікування хвороб, адже екстрена медична допомога не зможе покривати такі виклики, оскільки перед нею стоять інші завдання.

Україна вже має досвід функціонування пересувних мобільних бригад у мовах пандемії Ковід-19. Так, Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Дорожньої карти з впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні у 2021 - 2022 роках» від 24.12.2020 р. № 3018 передбачено створення та функціонування мобільних бригад з вакцинації [165]. Наказом було запропоновано функціонування 572 мобільних бригад (в середньому 23 на регіон). «У складі бригад 1 лікар, 2 медичних працівника середнього медичного персоналу та 1 водій (1 лікар і 1 середній медичний працівник в запасі). Розрахункова спроможність - 120 вакцинацій на день. Вакцинальні раунди тривалістю 25 днів на місяць (1 раунд - 1 доза вакцини)» [165].

Крім того, згідно наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку організації роботи мобільних (пересувних) бригад тестування та забору біологічного матеріалу для діагностики гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від 09.08.2021 № 1697 [169] було передбачено функціонування мобільних (пересувних) бригад тестування та збору матеріалу, які організовуються ЗОЗ, які надають ПМД. Загалом за вказівкою МОЗ, в Україні вже створено 547 мобільних бригад. Як правило, складаються вони з водія та одного-двох медпрацівників. Втім, приїхати додому вони можуть лише за рішенням сімейного лікаря або фахівців екстреної медичної допомоги. Відвідування мобільних пунктів відбувається за наявності направлення від лікаря закладу охорони здоров'я, що надає первинну медичну допомогу.

Під час війни розпочали свою роботу мобільні гінекологічні бригади за підтримки донорів. Мобільні бригади оснащені одноразовими оглядовими наборами, матеріалами для забору крові тощо, та портативним УЗД-апаратом,

кріслом, швидкими тестами. Також у Києві запустили перші мобільні бригади соціально-психологічної підтримки постраждалих від домашнього насильства та насильства за ознакою статі. Створення мобільних бригад відбулося у співпраці міської влади та Фонду ООН у галузі народонаселення [221].

ЮНІСЕФ фінансує роботу мультидисциплінарних мобільних бригад, до яких входять соціальні працівники, юристи, психологи та медики, допомагатимуть сім'ям, які постраждали від війни [46, с. 160].

На нашу думку, в умовах масштабних воєнних дій це є значним зволіканням держави. Вже сьогодні необхідно, щоб МОЗ прийняв Порядок діяльності мобільних бригад з надання медичної допомоги. Перш за все, така допомога повинна покривати ПМД (у тому силі педіатрію), гінекологічну та невідкладну стоматологічну допомогу, а також психологічну допомогу постраждалим від війни. Окремо важливим питанням є забезпечення вчасної вакцинації населення, особливо дітей, тому важливо, щоб мобільна бригада з надання ПМД могла проводити планові щеплення.

Також окремою проблемою є доступність ліків. До сьогодні мобільні бригади надавали лише медичну допомогу і не постачали ліків, але, на нашу думку, в умовах війни зараз мобільна бригада має бути обладнана пересувним аптечним пунктом з переліком мінімально необхідних ліків, які можуть бути видані за програмою медичних гарантій «Доступні ліки» пацієнту одразу на місці прийому. На період дії воєнного стану дозволено за програмою «Доступні ліки» отримання лікарських засобів не тільки за електронними, а й за паперовими рецептами, оскільки можуть виникати проблеми з інтернетом у певних регіонах через бойові дії. У 2024 році почали функціонувати мобільні аптеки, а також з'явилась можливість отримати певні ліки через Укрпошту. Як зазначає колектив авторів на чолі з О. Проневичем, в 56 країнах доступ пацієнтів до ліків гарантовано крізь призму забезпечення права на медичну допомогу [183, с. 29].

Важливо також, щоб мобільні бригади мали доступ до електронної системи охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ) і мали можливість отримувати та вносити інформацію про пацієнтів до ЕСОЗ.

В умовах мирного часу всі медичні реформи передбачали забезпечення доступності медичної допомоги для населення. Проте в умовах воєнного часу з'явилися нові виклики і ситуація з доступом до медичної допомоги для населення суттєво ускладнилась через ряд факторів, які не можна було передбачити в умовах планування навантаження на медичних працівників в умовах мирного часу.

Вирішенням цього питання має стати запровадження роботи пересувними мобільними бригадами з надання медичної допомоги. Сьогодні державою таких механізм не реалізовано, вони функціонують в окремих регіонах за кошти донорів – Міжнародних організацій. Тому вкрай важливим сьогодні є прийняття наказу МОЗ України, який би визначив порядок діяльності пересувних мобільних бригад для надання медичної допомоги населенню в умовах воєнного стану.

Не менш важливим питанням є забезпечення доступності послуг у сфері психічного здоров'я, адже умови війни вкрай негативно вплинули на все населення України, сьогодні немає людини, яка б не зазнавала стресу чи не мала проблем у сфері психічного здоров'я через воєнні дії. Минулого року МОЗ чи не вперше в історії прийнято наказ, який врегулювало питання надання психосоціальної допомоги населенню у сфері охорони здоров'я.

Наказом МОЗ від 13 грудня 2023 року № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 25 січня 2024 року за № 126/41471 затверджено: Порядок надання психосоціальної допомоги та психосоціальних послуг щодо питань психічного здоров'я, у тому числі щодо запобігання суїциду і психосоціального компоненту реабілітації ветеранів війни та інших груп населення; Перелік психосоціальних послуг з надання психосоціальної допомоги; Перелік валідних методів психологічної діагностики, які можуть використовуватися для проведення психологічної діагностики та оцінки якості психологічної допомоги; Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю [171]. Це поклало початок організації системи послуг у сфері психічного здоров'я.

У зв'язку з вище наведеним в Україні почала реалізовуватись Національна програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, ініціатором якої стала перша леді України Олена Зеленська за підтримки іноземних партнерів. Її мета полягає у «створенні на базі Міністерства охорони здоров'я якісної системи доступної психологічної допомоги, яка має стандартизований зразок та проведення комунікаційної кампанії серед населення за для висвітлення теми ментального здоров'я» [123, с. 330].

За даними експрес – аудиту послуг охорони психічного здоров'я «близько 15 млн. українців потребують роботи з фахівцями у галузі психологічної підтримки, а з них 3-4 млн. необхідно медикаментозне лікування» [66]. В більшості випадків перебіг ментальних розладів є латентним, що значно ускладнює процес виявлення і належної допомоги. Згідно з результатами дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я «кожна п'ята людина, яка проживає у зоні проведення бойових дій, має проблеми з ментальним здоров'ям» [27]. Серед внутрішньо переміщених осіб, що потребували психологічної допомоги, 74 % дорослих не отримали її вчасно. Через повномасштабне вторгнення РФ 44 % українців – майже половина – тимчасово розлучені з родиною.

Проте, саме в умовах воєнного часу дуже важливим є створення окремих центрів психічного (ментального) здоров'я, які були б структурними підрозділами ЗОЗ та могли забезпечити весь комплекс послуг у сфері психічного здоров'я відповідно до потреб пацієнтів, які вже мають розлади здоров'я, пов'язані з психічними проблемами, передусім забезпечили психосоціальної допомоги первинного та / або вторинного рівнів в амбулаторних умовах та/або в умовах стаціонару пацієнтам, які звернулись самостійно, або за направленням лікуючого лікаря чи надавача психосоціальної допомоги первинного рівня. Важливо, щоб у таких ЗОЗ також були виїзні команди, які могли б забезпечувати надання психосоціальної чи психіатричної допомоги за місцем проживання чи перебування пацієнта.

Наразі МОЗ наказом від 1 серпня 2023 № 1387 «Про затвердження пріоритетного проєкту Міністерства охорони здоров'я «Охорона психічного здоров'я у структурі медичної допомоги»» зробив це як пріоритетний проєкт, проте важливо розповсюдити цю практику на всю територію України і розбудувати такі центри на базі кластерних лікарень, для чого необхідно розробити та затвердити порядок створення та роботи таких центрів психічного (ментального) здоров'я.

Оскільки досі за кордоном перебуває близько 9 млн українців важливим питанням є розвиток телемедицини насамперед на рівні ПМД. Наказом МОЗ «Про організацію надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини в умовах воєнного стану» від 20.06.2022 р. № 1062 передбачено застосування таких засобів телемедицини: «телемедичні та телереабілітаційні платформи (системи), інформаційно-комунікаційні системи, сервіси телевідеоконсультування, телеметричні та телерадіологічні апаратно-програмні рішення діагностики стану здоров'я людини, програмно-апаратні комплекси, мобільні діагностичні комплекси, які використовуються при наданні медичної допомоги та реабілітації в сфері охорони здоров'я» [151]. При цьому, згідно вказаного вище наказу надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини здійснюється шляхом «проведення телеконсультування (телевідеоконсультування), теледіагностики разом з обстеженням, телереабілітації та із застосуванням інших методів, що не суперечать законодавству, шляхом обміну персональними даними, медичною інформацією, медичними діагностичними даними в електронній формі між медичним працівником та/або фахівцем з реабілітації і пацієнтом або між медичними працівниками та/або фахівцями з реабілітації. Наразі такі послуги можуть надаватися з у режимі реального часу (синхронного) консультування; у режимі відкладеного (асинхронного) консультування, яке передбачає передачу медичних, діагностичних даних лікарю або медичному працівнику, в зручний для нього час, для оцінки в автономному режимі, та подальшого надання рекомендацій щодо діагностики/лікування/реабілітації; у режимі віддаленого

моніторингу - для спостереження (з використанням додаткових пристроїв, датчиків) за пацієнтом, а саме отримання інформації про стан здоров'я пацієнта, а також контролю фізіологічних параметрів організму людини шляхом дистанційного вимірювання, збору і передачі такої інформації» [151]. Вважаємо, що телемедицина дуже важлива насамперед для надання психосоціальної допомоги та для отримання первинних консультації лікаря (насамперед лікаря з надання ПМД), а також для ведення пацієнтів з хронічними хворобами. Але для більш серйозної діагностики телемедицина несе певні ризики, адже певні хвороби та стани вимагають проведення медичного огляду тіла пацієнта і не можуть бути замінені відеоконсультаціями.

На думку С. Булеци «для досягнення максимальної правової ефективності телемедицини необхідно встановити єдиний стандарт та (або) спрощений процес отримання медичних ліцензій для лікарів, які практикують телемедицину» [57, с. 55], але ми вважаємо, що важливо, щоб саме сімейний лікар або лікуючий лікар міг надавати пацієнту медичні послуги з використанням телемедицини, адже він стає стан пацієнта, його анамнез, історію хвороби, особливості її перебігу і таке консультування буде більш ефективним.

Детально позитиви та недоліки впровадження телемедицини проаналізували В. Грищенко та Л. Суховірська, які серед основних переваг виділили «доступність для пацієнтів насамперед в сільській місцевості та легкість отримання таких медичних послуг, а серед недоліків – відсутність техніки, несумісність програмного забезпечення, нестабільний інтернет зв'язок тощо» [74, с. 231].

За даними проведеного експертами USAID дослідження за перші 9 місяців 2022 року найактивнішими користувачами телемедичних послуг були пацієнти з хронічними захворюваннями, зокрема такими як серцево-судинні захворювання, бронхіальна астма та цукровий діабет, а також пацієнти з інфекційними захворюваннями. Внутрішньо переміщені особи та мешканці тимчасово окупованих і нещодавно деокупованих територій також частіше користувалися телемедичними послугами. Дослідження показало, що для отримання онлайн-

консультацій, електронних рецептів та електронних направлень пацієнти найчастіше використовують такі засоби: телефонні дзвінки, месенджери, чат-боти або дзвінки в Zoom [180]. Станом на січень 2023 року ПМГ на 2023 рік включала 41 пакет послуг, 10 із яких дозволяють або вимагають використання телемедицини для надання послуг і мають пряме формулювання: «телемедична консультація», «за допомогою засобів телекомунікації» та «відеолікування під безпосереднім наглядом»; ще в шести пакетах передбачено фото-, відеофіксацію та цифрові носії (які за потреби можна буде використати для дистанційного передавання).

Враховуючи викладене вище, можемо зробити такі висновки. У зв'язку з повномасштабним вторгненням росії на територію нашої держави доступність медичної допомоги для населення погіршилась, насамперед мова йде про територіальну та особисту доступність. Територіальна доступність медичної допомоги погіршилась через пошкодження та руйнування закладів охорони здоров'я, переїзд медичних працівників за кордон, окупацію значної кількості населених пунктів. Особиста доступність погіршилась через виїзд населення за кордон або переїзд в межах території країни (внутрішні переселенці).

Для забезпечення територіальної доступності медичної допомоги важливо прийняти Порядок діяльності мобільних бригад з надання медичної допомоги як окремий наказ МОЗ і поширити їх роботу насамперед на території, де пошкоджені чи зруйновані ЗОЗ. Перш за все, така допомога повинна покривати ПМД (у тому силі педіатрію), гінекологічну та невідкладну стоматологічну допомогу, а також психологічну допомогу постраждалим від війни. Окремо важливим питанням є забезпечення вчасної вакцинації населення, особливо дітей, тому важливо, щоб мобільна бригада з надання ПМД могла проводити планові щеплення. Щодо доступних ліків, вже працюють пересувні мобільні аптеки, а також з'явилась можливість отримати ліки через Укрпошту.

Окремим важливим питанням є забезпечення психосоціальної допомоги населенню, адже вій війни страждає все населення і наразі існує нагальна необхідність розширення мережі надавачів психосоціальної допомоги, а саме

створення окремих центрів психічного (ментального) здоров'я, які були б структурними підрозділами ЗОЗ та могли забезпечити весь комплекс послуг у сфері психічного здоров'я, у тому числі забезпечили роботу виїзних команд, які могли б забезпечувати надання психосоціальної чи психіатричної допомоги за місцем проживання чи перебування пацієнта.

Для забезпечення особистої доступності медичної допомоги в умовах воєнного часу важливо розвивати телемедицину, при цьому, щоб такі послуги надавали сімейні лікарі або лікуючі лікарі в певний час, а не окремо навчені фахівці. Це дуже важливо для пацієнтів з хронічними хворобами та пацієнтів, які давно обслуговуються в певних сімейних лікарів, довіряють їм, а лікарі відповідно знають весь сімейний анамнез членів сім'ї.

3.2. Перспективи забезпечення розширення доступності медичної допомоги у період післявоєнного відновлення та відбудови

Звісно сьогодні складно спрогнозувати дату закінчення воєнних дій, але без сумніву, що за підтримки світу Україна неодмінно здобуде перемогу і збереже свою незалежність. Тому вже сьогодні потрібно думати про повоєнне відновлення України, створення умов для повернення наших громадян в Україну, повернення медичних працівників, покращення демографічної ситуації в країні, збереження і зміцнення здоров'я населення, яке постраждало від війни.

Тому питання доступності медичної допомоги у період післявоєнного відновлення та відбудови країни буде стояти гостро на порядку денному формування політики у сфері охорони здоров'я.

У Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року важливим наскрізним вектором є необхідність комплексного відновлення системи охорони здоров'я, компенсації та надолуження ресурсних втрат, спричинених збройною агресією російської федерації, а також сприяння відбудови потенціалу країни в

цілому, шляхом розвитку та повернення людського капіталу, який є фундаментом для реанімування країни в післявоєнний період [177].

Тут також закріплений принцип рівності та справедливості, який означає, «що розвиток системи охорони здоров'я повинен забезпечувати дотримання умов і можливостей рівного та справедливого доступу людини до якісних медичних послуг, незалежно від місця проживання, раси, етнічного та соціального походження, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності, сімейного чи майнового стану, місця проживання, фізичного та психічного стану з метою їх захисту від катастрофічних витрат на охорону здоров'я» [176].

Крім того, Урядом у 2022 році було презентовано План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 - 2032 роки, який розроблений Національною радою з відновлення України від наслідків війни, яка створена відповідно до Указу Президента від 21 квітня 2022 року № 266/2022, проте він так і залишився на рівні проекту. Пріоритети 2-4 вказаного проекту, по суті, якраз і спрямовані на забезпечення фінансової (забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я), територіальної (відновлення та трансформація мережі закладів охорони здоров'я) та особистої (посилення медичних послуг для задоволення особливих потреб людей (включаючи ВПО, ветеранів війни) доступності медичної допомоги [145].

Будівництво нових і відновлення пошкоджених лікарень, на нашу думку, є одним з найважливіших завдань післявоєнного відновлення і забезпечення територіальної доступності медичної допомоги. У Стратегії передбачено таку ціль, як: «розробити довгострокове перспективне бачення повного інфраструктурного оновлення та відбудови мережі закладів охорони здоров'я у відповідності до нових будівельних норм, моделей надання медичної допомоги, розвитку системи охорони здоров'я в Україні відповідно до найкращих європейських практик» [145]. Дуже важливо, що всі новозбудовані чи реконструйовані (відновлені ЗОЗ) вже повинні будуть відповідати новим будівельним нормам для ЗОЗ, які набрали чинності з 1 березня 2023 року [76].

Тут важливими для пацієнтів є вимоги до палат, санвузлів, доступності для людей з інклюзією тощо.

Але в умовах обмежених фінансових ресурсів важливим стає чітке планування розвитку спроможної мережі на рівні госпітальних округів. Тому, затверджені в 2023 році разом зі спроможною мережею плани розвитку госпітальних округів є дуже важливим кроком у питанні відбудови та відновлення ЗОЗ, але такі плани повинні переглядатись не рідше, як один раз на три роки, тому затверджені нині плани по-суті є воєнними, тоді як не пізніше як в 2026 році мають бути затверджені нові плани розвитку, які, сподіваємось, будуть враховувати питання повоєнного відновлення територіальної доступності медичної допомоги.

Звісно фінансово Україна самостійно не зможе реалізувати проекти відбудови та відновлення ЗОЗ, адже як відомо станом на липень 2024 року внаслідок атак було пошкоджено 1642 медичних об'єкти 676 закладів охорони здоров'я, а 214 об'єктів 99 медзакладів – зруйновано повністю. Але все ж попри постійні обстріли активно відновлюють медичну інфраструктуру. За понад два роки у різних областях країни повністю або частково відновлені 885 об'єктів медзакладів. З них 523 медичні об'єкти відновлено повністю та ще 362 – частково [88].

На нашу думку, важливим кроком для відбудови закладів охорони здоров'я має стати інструмент державно-приватного партнерства. Європейська комісія пропонує розділяти форми публічно-приватного партнерства інституційного та договірною характеру. Інституційна форма передбачає створення спільної компанії зі змішаним публічно-приватним капіталом або перехід під приватний контроль вже функціонуючої юридичної особи публічного права. Партнерство договірною характеру між учасниками публічного та приватного секторів базується виключно на укладанні договорів [21]. Найбільш поширеною формою такої співпраці є концесійний договір. ВООЗ також рекомендує Україні застосування цієї форми для відновлення закладів охорони здоров'я [31].

Головне завдання партнерства у будь-якій сфері – поєднати потенціал, ресурси та навички партнерів для досягнення найкращих фінансових та матеріальних результатів із максимальною взаємною вигодою від такої співпраці [233, с. 110; 98, с. 144; 110, с. 132]. МОЗ свого часу випустило Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я [127].

Форми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я були предметом розгляду багатьох вчених [225, с. 45], тому ми не будемо детально розглядати їх у цій роботі. Лише зазначимо, що впровадження державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я дозволить модернізувати її, залучити додаткові інвестиції на повоєнне відновлення галузі та підвищення якості медичних послуг.

Наступним доволі болючим питанням є забезпечення фінансової доступності медичної допомоги [145], адже коштів на охорону здоров'я завжди не вистачає, а в період післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я, враховуючи нанесену війною шкоду фізичному та психічному здоров'ю населення, це питання буде доволі гострим. Тому якщо в період війни важливим є перегляд існуючих пакетів медичних послуг, то в період післявоєнного відновлення на перший план виходитиме питання реформування в цілому системи фінансування медичних послуг, а саме створення середовища для залучення приватного сектору до фінансування та надання послуг у сфері охорони здоров'я та збільшення обсягу фінансування системи охорони здоров'я за рахунок недержавних джерел та обов'язково проводити дослідження рівня неформальних платежів у сфері охорони здоров'я. Вживати заходів щодо їх мінімізації.

Щодо фінансування з недержавних джерел. Необхідна розробка і прийняття нормативно-правових актів, які б врегулювали питання про впровадження механізмів залучення недержавних коштів до фінансування заходів з охорони здоров'я. З. Топорецька детально досліджувала

зарубіжний досвід додаткового фінансування соціально важливих цілей, у тому числі і охорони здоров'я, завдяки діяльності операторів лотерей. Зокрема, такий досвід є майже у всіх країнах Європи, наприклад, У Данії відрахування компанії Danske Spil перераховуються декільком міністерствам, які їх перерозподіляють на культурні, спортивні та інші благодійні цілі. В Нідерландах відрахування компанії спрямовуються для олімпійського комітету і організацій у сфері культури, соціального забезпечення та охорони здоров'я. В Болгарії відрахування спрямовуються на фінансування розвитку культури, освіти, охорони здоров'я, соціального забезпечення [214, с. 44]. Національна лотерея Великої Британії фінансує «Добрі справи» - проекти у сфері мистецтва, спорту, історичної спадщини, благодійності, охорони здоров'я, освіти та екології. За час свого існування за рахунок національної лотереї було профінансовано більше 535 000 проектів на загальну суму понад 39 мільярдів фунтів. Перелік профінансованих та проектів, які фінансуються, доступний на сайті Національної лотереї [33].

В Україні свого часу був досвід фінансування за рахунок лотерей заходів у сфері охорони здоров'я, зокрема, «у 2013–2014 рр. всі відрахування від лотерейної діяльності спрямовувались до спеціального фонду Державного бюджету України та використовувались на фінансування державних об'єктів олімпійської підготовки, лікування дітей, хворих на онкологічні та онкогематологічні захворювання, на фінансування культури та спорту» (п. 8 ст. 15 Закону) [162]. В 2013 році «вперше за роки незалежності онкохворі діти на сто відсотків були забезпечені необхідними лікарськими засобами, виробами медичного призначення і лабораторними реагентами. Це відбулося завдяки лотерейним відрахуванням до спецфонду бюджету. У 2014 році на лікування онкохворих дітей передбачено кошти у загальній сумі понад 395 млн грн., що повністю задовольняє потреби у лікуванні дітей, хворих на рак» [219]. Проте, на жаль, вже в 2015 році за ініціативою КМУ цю норму скасували, а всі кошти від лотерей спрямовуються до загального фонду бюджету.

Вважаємо, що цей приклад сьогодні повинен бути використаний в Україні і поширений не лише а лотереї, але й на інші види діяльності, які несуть суспільству певну шкоду [50, с. 80]. Таким чином реалізується соціальна відповідальність приватного бізнесу, який займається шкідливими для суспільства види діяльності, але платить підвищені податки чи інші додаткові відрахування як компенсацію суспільству за шкідливу діяльність. Сьогодні в Україні багато робіт присвячені цим питанням, наприклад, З. Топорецька вказує про важливість лікування ігроманії та підтримки гравців в азартні ігри [215, с. 169; 213, с. 211], В. Важинський та М. Погорецький вказують про важливість такої підвищеної відповідальності для інвестиційних проектів, які несуть небезпеку для суспільства так зване «відповідальне ведення бізнесу» [59, с. 115; 61, с. 22; 37, с. 156; 217, с. 158].

В науковій літературі такі види діяльності ще називають антиблагом. «Антиблаг (або ж недостойне благо) – товари або послуги, що не є корисними для споживача. До антиблаг належать: алкогольні напої; тютюнові вироби; наркотичні речовини; друковані видання, аудіо– та відеоматеріали, що пропагують насильство, расову нетерпимість, а також матеріали еротичного та порнографічного характеру; комп’ютерні та азартні ігри; послуги ринку сексіндустрії тощо» [144, с. 212].

Без сумніву, що після закінчення війни ринок антиблаг буде розвиватись, адже він завжди приносить великі прибутки їх власникам. Тому важливо, щоб держава стягувала підвищені податки або додаткову підвищену плату за ліцензії на здійснення діяльності, пов’язаної з такими антиблагами, а ці кошти спрямовувала на забезпечення доступності медичної допомоги для населення. До цих видів діяльності ми відносимо гральний бізнес, лотереї, виробництво та продаж алкогольних та тютюнових виробів, солодких газованих напоїв.

Дуже важливо для забезпечення поєднання територіальної та фінансової доступності посилити роль НСЗУ в питаннях контролю фінансування медичних послуг, зокрема, впровадити багаторічні договори між НСЗУ та ЗОЗ відповідно до ролі ЗОЗ у спроможній мережі, забезпечити оплату за фактично

надані медичні послуги і контроль за наданням таких послуг, а також оновити індикатори оплати за медичні послуги, чітку вартість яких не можна вирахувати, а які розраховуються згідно кількості пацієнтів (зокрема, для сімейних лікарів).

Крім того, важливо на рівні закону оновити перелік медичних послуг, які надаються за плату, адже як ми зазначали в попередньому розділі цієї роботи, затвердження такого переліку на рівні постанови КМУ є неправильним, оскільки не відповідає Конституції України.

Глобальним питанням для зміни підходів до фінансової доступності медичної допомоги є розвиток медичного страхування (як добровільного, так і обов'язкового). Вказане питання виходить за межі нашого наукового дослідження, проте в науці йому приділено доволі велику увагу [65 с. 35; 212, с. 65; 137, с. 60; 136; 218, с. 45; 124, с. 165; 41, с. 157; 87, с. 51; 96; 62, с. 122; 95; 104, с. 244; 140, с. 37; 149, с. 66], тому ми лише зазначимо, що Україна після закінчення війни змушена буде в умовах обмежених ресурсів запровадити хоча б часткове фінансування доступності медичної допомоги за рахунок обов'язкового чи добровільного медичного страхування.

І третім аспектом є питання забезпечення особистої доступності медичної допомоги у період повоєнного відновлення. Вважаємо, що тоді перед державою постане питання повернення українців з-за кордону і збереження нації, тому питання збереження і зміцнення здоров'я населення буде дуже важливим для українців. Крім того, без сумніву, що сильна нація буде основним інвестором в майбутній добробут країни, адже як справедливо зазначає В. Важинський громадяни-інвестори, які довіряють своїй країні, вкладають свої заощадження через інституційних інвесторів у розвиток важливих національних інвестиційних проектів [60, с. 150].

Вже сьогодні населення відчуває на собі наслідки війни. Так, сьогодні Україна опинилась в глибокій демографічній кризі, народжуваність в минулому році зменшилась на третину, за 2023 рік в Україні народилось найменше дітей за весь період незалежності України – 187387 дітей, або близько 16 тис дітей в місяць, хоча ще в 2021 році народжувалось 21-22 тис дітей в місяць [134]. За

даними НСЗУ станом на 24.09.2024 з початку 2024 року підписано 127 092 медичних висновки про народження дитини, що свідчить про подальший спад народжуваності [206].

За оцінками Інституту демографії та проблем якості життя НАН України на 01 січня 2022 року чисельність населення України становила 41,6 млн осіб. На серпень 2023 року – 36,3 млн осіб, у тому числі на підконтрольних українській владі територіях – 31,5 млн осіб; На кінець січня 2024 року за кордоном через війну перебуває 4,9 млн українців. За даними Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), через збройну агресію проти України, змінили місце свого проживання 4,8 мільйона українських дітей, з них понад 2 мільйони виїхали за межі країни, 19,5 тисяч українських дітей викрала росія.

Таким чином повернення Українців та збільшення народжуваності буде стратегічним завданням держави. В Україні розробили, але ще не прийняли на рівні КМУ Стратегію демографічного розвитку України на період до 2040 року [211]. Щоб покращити народжуваність в частині охорони здоров'я важливо покращити взаємодію сімей із сімейним лікарем, щоб майбутні батьки, а також батьки новонародженої дитини отримували не просто медичну допомогу, а медичну послугу з медичного спостереження за здоровою дитиною в сімейному середовищі, яка сьогодні передбачена наказом МОЗ № 504, але фактично не забезпечується, бо порядку її надання не визначено. Впровадження будь-яких програм підтримки сімей є дуже важливим завданням для МОЗ. Вагітність та народження дитини – один з найважливіших етапів в житті кожної родини. В цей проміжок молоді батьки, окрім присутності рідних та близьких, повинні відчувати підтримку та допомогу з боку професійних медичних працівників та держави загалом. До- та післяпологова депресія, грудне вигодовування, вакцинація, залучення батька та позитивне батьківство, ранній розвиток дитини та забезпечення оптимального розвитку в перші роки життя дитини – це лише ряд питань, на які критично важливо отримати коректні та професійні відповіді кожній родині.

Впровадження запропонованої моделі має велике значення для подолання демографічної кризи та підтримки батьків в умовах війни. Такі контакти медичних працівників з родиною не лише забезпечують необхідну медичну та психологічну підтримку, але й можуть стати джерелом формування довіри родини до сімейної медицини. Вже сьогодні МОЗ має підтримку в реалізації цієї ініціативи від дитячого фонду ООН ЮНІСЕФ, посольства Японії в Україні та інших партнерів, які готові долучитись до допомоги у підтримці родин з дітьми та впровадження заходів, які дозволять підвищити народжуваність в Україні, а тому додаткового фінансування з бюджету ця програма не потребуватиме, що дуже важливо для України в умовах катастрофічно обмежених фінансових ресурсів.

Окремим важливим питанням буде збереження психічного здоров'я населення в мінімізація негативних наслідків війни для українців, адже вже сьогодні на території України немає людини, яка б не зазнавала впливу війни на психічне здоров'я. Лише в кінці 2023 року МОЗ прийняло наказ від 13.12.2023 р. № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» [171], де чи не вперше визначив систему надання такої допомоги в ЗОЗ, надавачів, вимоги до методів психодіагностики та перелік валідних методів психотерапії тощо. Проте на рівні закону питання надання психологічної допомоги у сфері охорони здоров'я не врегульовано. Закон України «Про систему громадського здоров'я» згадує лише про психосоціальну допомогу, що вважаємо некоректним, оскільки це суттєво ускладнює розмежування психологічної допомоги в цілях охорони здоров'я і психологічної підтримки (соціально-психологічної підтримки) як соціальної послуги для людей, які опинились в складних життєвих обставинах, але не мають проблем психічного здоров'я, які вимагають втручання медичного працівника (наприклад, вже пройшли курс лікування у психіатра, психотерапевта, психолога) і далі отримують соціальні послуги, спрямовані на подолання складних життєвих обставин, як були обумовлені проблемами психічного здоров'я. Тому важливо внесення змін до законодавства у сфері охорони здоров'я, якими б визначити

поняття психологічної допомоги, належність послуг у сфері психологічної допомоги до медичних послуг, вимоги до медичних фахівців. Які можуть надавати психологічну допомогу. Це сприяло б розбудові системи психологічної допомоги у сфері охорони здоров'я на рівні окремих структурних підрозділів ЗОЗ, покращило б її якість через встановлення вимог до надавачів психологічної допомоги, дозволило б включити психологічну допомогу до пакетів медичних послуг і сприяло б розширенню її доступності для населення.

Наступним важливим завданням для післявоєнного розбудови особистої доступності медичної допомоги, як і в воєнні часи є розбудова системи профілактики хвороб, насамперед тих, які є причиною передчасної смерті українців: інсульти, інфаркти, онкологічні хвороби. В розділі 2 цієї роботи ми розглянули рішення, які вже мають бути впроваджені для зниження смертності від цих хвороб. У період післявоєнного відновлення важливо буде розширити перелік обов'язкових скринінгів для населення (популяційних скринінгів та скринінгів груп ризику) і запровадити контроль за проходженням пацієнтами обов'язкових скринінгів. Важливо буде запровадити певні стимули для лікарів з надання ПМД та для пацієнтів, які б сприяли проходження таких скринінгів пацієнтами. На нашу думку, для пацієнта такими стимулами може бути повністю безкоштовний курс лікування пацієнта (включаючи лікарські засоби). Який пройшов всі передбачені скринінги і в якого виявили таку хворобу під час скринінгу. Для лікарів повинні бути показники ефективності профілактичних заходів у вигляді відсотків пацієнтів, які були запрошені на скринінг, яким було видано направлення та які пройшли необхідні скринінги, такі лікарі мали б отримувати додаткові коефіцієнти фінансових стимулів в рамках пакетів послуг з ПМГ.

3.3. Виконання зобов'язань України щодо забезпечення доступності медичної допомоги в умовах підготовки до членства України в Європейському Союзі

Питання виконання зобов'язань України у сфері європейської інтеграції та адаптація законодавства України до законодавства Європейського Союзу завжди були і залишаються одним з пріоритетних завдань держави, тому дуже важливо розглядати питання перспектив забезпечення доступності медичної допомоги населенню з урахуванням вимог щодо наближення законодавства України до законодавства Європейського Союзу.

Відповідно до проаналізованих нами актів, які визначають зобов'язання України у сфері охорони здоров'я, то такі зобов'язання закріплені у Главі 21 «Співробітництво у галузі зайнятості, соціальної політики та рівних можливостей» та Главі 22 «Громадське здоров'я» Розділу V «Економічне та галузеве співробітництво» Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (далі – Угода про асоціацію) [223].

Відповідно до статті 420 Угоди про асоціацію співробітництво у сферах, визначених у статті 419 цієї Угоди, передбачає досягнення таких цілей, зокрема, покращення якості людського життя.

Згідно із статтею 426 Угоди про асоціацію «Сторони розвивають співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання. Відповідно до статті 427 Угоди про асоціацію співробітництво, зокрема охоплює такі сфери як зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу» [223].

Всі зобов'язання України щодо виконання Угоди про асоціацію закріплені в постанові Кабінету Міністрів України від 25 жовтня 2017 р. № 1106 «Про виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-

членами, з іншої сторони» [160]. Прямої вказівки щодо забезпечення доступності медичної допомоги документ не містить, проте є зобов'язання щодо профілактики і медичного нагляду за працівниками певних категорій, звільнення від мита певного медичного обладнання та лікарських засобів, які в цілому спрямовані на зміцнення здоров'я працівників з певними шкідливими чи небезпечними умовами праці, забезпечення профілактичних медичних оглядів з метою попередження хвороб. Більшість цих завдань наразі виконано Урядом України.

Тоді ж постановою КМУ від 4 жовтня 2017 р. № 759 створено Урядовий офіс координації європейської та євроатлантичної інтеграції, який покликаний здійснювати організаційне, експертно-аналітичне, інформаційне забезпечення діяльності у сферах європейської та євроатлантичної інтеграції [178].

23 червня 2022 року України набула статусу країна-кандидат на членство в ЄС [224], що покладає на нашу державу додаткові зобов'язання щодо наближення законодавства України до законодавства ЄС.

Далі Європейською Комісією спільно з Україною було проведено скринінг національного законодавства України відповідному *acquis* ЄС (праву ЄС). Скринінг відбувався за 33 переговорними главами, які згруповані за 6-ма кластерами (тематичними блоками) відповідно методології розширення ЄС [1].

Ще до початку офіційного скринінгу Єврокомісії, Україна провела селф-скринінг, за результатами якого презентувала Звіт проведення первинної оцінки стану імплементації актів права Європейського Союзу (*acquis* ЄС). Процедура дала змогу визначити стан адаптації українського законодавства до права ЄС, виявити невідповідності та прогалини, які треба усунути в межах переговорів та підготовки до вступу в Європейський Союз [91]. В частині переговорного розділу 28 визначено такі сфери в охороні здоров'я: 15.20.30 Охорона здоров'я та безпека 15.30 Охорона здоров'я. Охорона здоров'я та безпека Україною визначено 89 актів, що підлягають імплементації. З них 14 визначено пріоритетними, а в частині Охорона здоров'я: зазначена сфера містить 42 акти, що підлягають

імплементатії. З них 6 визначено пріоритетними. Всі вони далі викладені у відповідних додатках.

Серед визначного переліку до актів Україна не визначила жодного щодо розширення доступності медичної допомоги. Але окремі з них, впливають на доступність медичної допомоги, сюди можемо віднести такі акти:

Директива 2010/45/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 7 липня 2010 р. про стандарти якості та безпеки органів людини, призначених для трансплантації: розробка акта щодо імплементатії функцій Уповноваженого органу, питання звітності та взаємодії з органами ЄС, а також в частині деяких процедурних питань, зокрема, щодо маркування, вимог до безпечності та якості анатомічних матеріалів; внесення змін до Положення про Єдину державну інформаційну систему трансплантації органів та тканин, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23 грудня 2020 р. № 1366.

Директива 2004/23/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 31 березня 2004 р. про встановлення стандартів якості та безпеки для донорства, отримання, тестування, обробки, збереження, зберігання та розподілу тканин і клітин людини: постанова Кабінету Міністрів України, якою буде імплементовано вимоги Директиви в частині неохоплених видів клітин і тканин.

Проте Єврокомісія не врахувала такі пропозиції України. В результаті скринінгу визначені пріоритети ключових реформ для кожного кластеру в цілому. За результатами скринінгу Єврокомісія представила Звіт про прогрес України в рамках Пакета розширення ЄС 2023 року, який був оприлюднений 8 листопада 2023 р. та містив не лише загальну оцінку прогресу України, а й чіткі рекомендації, які повинні бути виконані протягом 2024 року [36].

За результатами вказаного Звіту Україна підготувала План заходів з виконання рекомендацій Європейської Комісії, представлених у Звіті про прогрес України в рамках Пакета розширення Європейського Союзу 2023 року, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 9 лютого 2024 р. № 133-р [166], я кому немає жодного завдання щодо розширення доступності медичної допомог для населення, що є вкрай негативним для пацієнтів.

25 червня 2024 року в Люксембурзі відбулася перша Міжурядова конференція між Україною та ЄС, що ознаменувало офіційний старт переговорів про вступ України до Європейського Союзу. Надалі очікується, що Європейська Комісія публікуватиме такі звіти восени кожного року, при цьому Україна по кожному переговорному розділу може подавати свої пропозиції, тому сподіваємось, що Міністерство охорони здоров'я буде подавати свої пропозиції в частині розширення доступності медичної допомоги для населення в Україні. Наразі ні на сайті МОЗ, ні в будь-яких офіційних виступах Міністра не відображено стратегічне бачення міністерства щодо питань наближення законодавства України до законодавства ЄС у питаннях охорони здоров'я, у тому числі щодо доступності медичної допомоги.

Тому, ми пропонуємо підняти такі питання в подальшому перемовному процесі щодо вступу до ЄС, які б покращили стан здоров'я населення і його доступ до медичної допомоги. У цьому випадку не слід забувати, що є так зване право Європейського Союзу (*acquis* ЄС), яке незалежно від його згадки в програмних документах України, потребує імплементації в законодавство України в певні строки, визначені в цьому законодавстві, а тому ми можемо самотійно як в переговорному процесі, так і безпосередньо при формуванні державної політики у сфері охорони здоров'я, ініціювати імплементацію певних *acquis* ЄС.

Зміцнення здоров'я населення в цілому і здоров'я дітей зокрема важливе питання в контексті демографічної кризи в нашій державі. Відповідно до статті 420 Угоди про асоціацію «співробітництво у сферах, визначених у статті 419 цієї Угоди, передбачає досягнення таких цілей, зокрема, покращення якості людського життя. Згідно із статтею 426 Угоди про асоціацію Сторони розвивають співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання. Відповідно до статті 427 Угоди про асоціацію співробітництво, зокрема охоплює такі сфери як зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу» [223].

Статтею 35 Договору про функціонування Європейського Союзу (далі – ДФЄС) передбачено, зокрема, що «високий рівень охорони здоров'я людини забезпечується у рамках визначення та реалізації всіх політик і дій Союзу» [82]. П. 1 ст. 168 цього Договору передбачено, що «під час визначення та виконання всіх політик та заходів Союзу забезпечується високий рівень захисту здоров'я людини. Діяльність Союзу, що доповнює національні політики, спрямована на поліпшення охорони громадського здоров'я, запобігання фізичним та психічним розладам та захворюванням і усунення джерел небезпеки фізичному та психічному здоров'ю» [82]. Ця діяльність включає боротьбу з тяжкими захворюваннями шляхом дослідження їхніх причин, механізмів поширення та методів профілактики. Вона також охоплює інформаційно-освітню роботу у сфері охорони здоров'я, а також заходи з моніторингу, раннього виявлення та протидії серйозним транскордонним загрозам здоров'ю.

Крім того, статтею 11 Європейської соціальної хартії (переглянутої) визначено, що «з метою забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я Сторони зобов'язуються самостійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати відповідних заходів для того, щоб, серед іншого, зокрема усунути, у міру можливості, причини слабого здоров'я» [86].

Стаття 24 Конвенції про права дитини зобов'язує держави-учасниці вживати заходів щодо: «зниження рівня смертності немовлят і дитячої смертності; забезпечення надання необхідної медичної допомоги та охорони здоров'я всіх дітей з приділенням першочергової уваги розвитку первинної медико-санітарної допомоги; надання матерям належних послуг по охороні здоров'я у допологовий і післяпологовий періоди; забезпечення інформацією всіх прошарків суспільства, зокрема батьків і дітей, щодо здоров'я і харчування дітей, переваги грудного годування, гігієни, санітарії середовища перебування дитини і запобігання нещасним випадкам, а також доступу до освіти та підтримки у використанні цих знань; розробки превентивних заходів з охорони здоров'я, керівництва для батьків та навчання і послуг з планування сім'ї» [102].

В Україні Порядок надання ПМД, затверджений наказом МОЗ № 504 передбачає надання такої послуги як здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною, але порядок його здійснення не передбачає. Тому дуже важливо розробити порядок надання цієї послуги саме з приділенням уваги спостереженню в сімейному середовищі і допомозі та консультуванні батьків з питань догляду, харчування, виявлення післяпологової депресії у матері і допомозі в налагодженні безпечного і здорового середовища зростання, а не просто проведення формальних медичних оглядів дитини.

Онкологічні захворювання є окремим важливим питанням, яке необхідно вирішити для збільшення тривалості життя людей в Україні. Онкологічні захворювання завжди були в центрі уваги ЄС. Резолюцією Ради та представників урядів держав-членів, які зібралися в рамках Ради, ще 7 липня 1986 року щодо програми дій Європейських Співтовариств проти раку задекларовано наміри: «встановити для цієї програми мету сприяння покращенню здоров'я та якості життя громадян у Співтоваристві шляхом: зменшення кількості захворювань на рак і пов'язаної з ними смертності зменшення потенційно втрачених років життя через рак. Сторони погодилися про обмін інформацією та досвідом, зокрема щодо програм профілактики та ранньої діагностики держав-членів (тип обстеження, кількість учасників, ефективність, аналіз витрат/вигод, за винятком ресурсів, безпосередньо виділених на дослідження) і, на цій основі, підготовка будь-яких відповідних заходів» [32].

Крім того відповідно до пункту 1418 Плану заходів з виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 жовтня 2017 р. № 1106, передбачено «запровадження комплексного підходу до діагностики ракових захворювань, заснованого на кращих практиках держав - членів ЄС. Стаття 428, додаток XLI Рекомендація Комісії 2003/878/ЄС: розроблення, видання та реєстрація в Мін'юсті наказу МОЗ щодо інструкцій з

організації та здійснення обстежень при підозрі на ракові захворювання; забезпечення навчання персоналу всіх рівнів для здійснення обстеження» [160].

Рекомендації Ради ЄС від 2 грудня 2003 року щодо скринінгу раку № 2003/878/ЄС «рекомендують впроваджувати онкологічні скринінгові програми: пропонувати скринінг раку, заснований на доказах, шляхом систематичного популяційного підходу з гарантією якості на всіх відповідних рівнях.; впроваджувати скринінгові програми відповідно до європейських рекомендацій щодо найкращої практики, де вони існують, і сприяти подальшому розвитку найкращої практики для високоякісних програм скринінгу на рак на національному та, у відповідних випадках, регіональному рівні; забезпечити, щоб люди, які беруть участь у програмі скринінгу, були повністю поінформовані про переваги та ризики та ряд інших заходів» [11].

Проте вона не була вчасно імплементована Україною тому, на її зміну вийшло оновлене законодавство ЄС, яке вже слід Україні імплементувати в найближчий час.

Зокрема, Європейський план подолання раку представлений у лютому 2021 року (Europe's Beating Cancer Plan, Brussels, 3.2.2021 COM(2021) 44 final) є відповіддю ЄС на зростаючі виклики та розробки в боротьбі з раком і представляє політичне зобов'язання в боротьбі з раком. Побудований навколо десяти провідних ініціатив і кількох допоміжних заходів, він є частиною пропозицій Комісії щодо сильного Європейського союзу охорони здоров'я з метою забезпечення більш безпечного, краще підготовленого та більш стійкого ЄС. «Європейський план «Подолання раку» підтримує роботу держав-членів із запобігання раку та забезпечення високої якості життя хворих на рак, тих, хто пережив рак, їхніх сімей та осіб, які здійснюють догляд, і структурований навколо кількох ключових сфер, у яких ЄС може принести найбільшу користь: профілактика раннє виявлення діагностика та лікування якості життя хворих на рак і тих, хто вижив» [18].

Завдяки новому підходу до виявлення раку, запропонованому у вересні 2022 року видано Рекомендації Єврокомісії (COUNCIL RECOMMENDATION on

strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC Brussels, 20.9.2022 COM(2022) 474 final 2022/0290 (NLE) [12], метою якої є «збільшення кількості скринінгів, охопити більше цільових груп і більше ракових захворювань. Комісія підтримуватиме держави-члени в забезпеченні того, щоб 90% населення ЄС, яке має право на скринінг раку молочної залози, шийки матки та колоректального раку, отримували такий скринінг до 2025 року» [16].

Нарешті МОЗ врахувало законодавство ЄС, адже вже опубліковано наказ МОЗ від 05.08.2024 № 1368 «Про забезпечення скринінгу і ранньої діагностики окремих видів раку та моніторингу стану здоров'я пацієнтів з груп ризику» [135]. Документ набрав чинності 1 січня 2025 року. Він є дуже важливим для лікарів з надання ПМД, адже містить чіткий алгоритм дій та маршрути пацієнта під час профілактики раку молочної залози, раку шийки матки та колоректального раку. Проте необхідно такої привести у відповідність до цих вимог додаток № 2 до Порядку надання первинної медичної допомоги, адже він наразі не передбачає скринінгу раку шийки матки, натомість передбачає проведення скринінгу раку передміхурової залози. Скринінг найпоширеніших видів раку з чіткими показниками результативності таких скринінгів повинен значено розширити доступ населення до цих профілактичних заходів і будемо сподіватися, що це допоможе виявити рак на ранніх стадіях, а отже значно здешевити лікування людей, зменшити ризики погіршення здоров'я та інвалідизації внаслідок такої хвороби.

Крім того, оприлюднено для громадського обговорення проект наказу «Про затвердження Положення про мультидисциплінарну команду при закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам із онкологічними захворюваннями» [167]. Документ є дуже важливим, адже впровадження мультидисциплінарного підходу вимагається саме оновленим Європейським планом подолання раку, документ вже прийнято і з 2025 року він застосовується.

Проте вважаємо, що сьогодні є доволі застарілим наказ МОЗ від 01.10.2013 № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України» [174], він потребує суттєвого оновлення з урахуванням вимог ЄС, як і потребує оновлення сама система надання онкологічної допомоги, адже сьогодні отримати своєчасний доступ до кваліфікованої спеціалізованої онкологічної допомоги доволі складно для пацієнтів, тому в Україні досить часто такі хвороби в'являють на пізніх стадіях, коли лікування є дуже дороговартісним, а пацієнт має низькі шанси на виживання. Але це окреме глобальне питання, яке потребує клопіткої роботи МОЗ, місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування для формування та розбудови спроможної мережі надання онкологічної допомоги.

Далі в частині особистої доступності медичної допомоги важливим питанням є розбудова системи медичних послуг у сфері психічного здоров'я населення. Законодавство ЄС містить доволі багато норм, щодо психічного здоров'я. Хартія основних прав Європейського Союзу (стаття 3) визначає, що «кожна особа має право на фізичну недоторканість та недоторканість психіки» (physical and mental integrity) [226].

Пункт 1422 плану заходів з виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 жовтня 2017 р. № 1106 передбачає Реалізацію Концепції розвитку системи громадського здоров'я.

ЄС приділяє значну увагу питанням психічного здоров'я насамперед в резолюціях інституцій ЄС: Резолюція Ради ЄС про основні дії Співтовариства у сфері охорони здоров'я (від 02.06.1994); Резолюція Ради ЄС про заохочення психічного здоров'я (від 18.11.1999); Резолюція Європарламенту щодо покращення психічного здоров'я населення в контексті реалізації стратегії забезпечення психічного здоров'я для ЄС (від 14.12.2006); Резолюція Європарламенту про психічне здоров'я (від 19.02.2009) та багато інших.

Також слід звернути увагу на такий комплексний документ «Зелена книга» ЄС від 14 жовтня 2005 р. з покращення стану психічного здоров'я населення № COM/2005/0484, нормативно-правове забезпечення надання психологічної допомоги делегується національним урядам (п. 1, п. 4.1) [20]. Пунктом 4 Зеленої книги передбачено, що «відповідно до стратегії ВООЗ, необхідний комплексний підхід, який охоплює надання лікування та догляду для окремих осіб, а також дії для всього населення з метою зміцнення психічного здоров'я, запобігання психічним захворюванням та вирішення пов'язаних із цим проблем. зі стигмою та правами людини. Такий підхід має залучати багатьох суб'єктів, включаючи сектори політики охорони здоров'я та інші, а також зацікавлені сторони, чий рішення впливають на психічне здоров'я населення. Пунктом 6.2 передбачена зміна парадигми, зокрема деінституціоналізація служб психічного здоров'я та створення служб первинної медичної допомоги, громадських центрів і загальних лікарень відповідно до потреб пацієнтів і сімей можуть сприяти соціальній інтеграції. Великі психіатричні лікарні можуть легко сприяти стигматизації. У рамках реформування психіатричних служб багато країн відходять від надання послуг психіатричного здоров'я через великі психіатричні заклади до послуг на рівні громади» [20]. Україна наразі робить акцент на розширення системи послуг у сфері психічного здоров'я на рівні ПМД.

Резолюція Ради ЄС про основні дії Співтовариства у сфері охорони здоров'я від 02.06.1994 р.: «вказує на значний рівень поширення психічних захворювань і високі витрати на їх подолання, підкреслюючи важливість визначення видів і масштабів необхідних заходів на рівні Співтовариства для підтримки зусиль держав-членів у цій сфері» [14].

Резолюція Ради ЄС про заохочення психічного здоров'я від 18.11.1999 р.: «визначає, що психічне здоров'я відіграє ключову роль у забезпеченні якості життя, соціальної інтеграції та всебічного соціально-економічного розвитку. Рекомендує державам-учасницям: приділяти належну увагу питанням психічного здоров'я та інтегрувати його пріоритети у власну політику; забезпечувати якісний збір даних щодо стану психічного здоров'я та активно

обмінюватися ними з іншими державами-учасницями та Європейською Комісією (Єврокомісією); розробляти та впроваджувати заходи, спрямовані на зміцнення психічного здоров'я та профілактику психічних захворювань; сприяти обміну передовими практиками та спільним впровадженням проєктів; стимулювати та підтримувати наукові дослідження у сфері психічного здоров'я та його популяризації» [13]. Зрозуміло. Що Резолюція є прикладом так званого «м'якого» права, тому в ній містяться декларативні норми, так звані заклики до дій, проте такі загальні заклики дозволяють державам звернути увагу на ці проблеми та почати перебулу системи послуг у сфері психічного здоров'я населення з урахуванням своїх національних особливостей без необхідності впроваджувати якість чіткі заходи на рівні держави.

Резолюція Європарламенту щодо покращення психічного здоров'я населення в контексті реалізації стратегії забезпечення психічного здоров'я для ЄС від 14.12.2006 р.: «підтримує політику Європейської Комісії щодо зміцнення психічного здоров'я та наполягає на його інтеграції в політики та законодавство держав-учасниць. Підкреслює необхідність забезпечення рівного доступу до лікування психічних захворювань, а також важливість професійної підготовки фахівців для надання психологічної допомоги. Закликає країни-члени до спільної роботи над розробкою та впровадженням ефективної стратегії зі скорочення рівня самогубств. Розширює перелік цільових груп охорони психічного здоров'я, включаючи дітей, працівників, осіб похилого віку, жінок, матерів, соціально вразливі верстви населення, осіб із важкими або тривалими психічними захворюваннями, людей з інвалідністю, ув'язнених, представників етнічних та інших меншин, мігрантів і безробітних. Наголошує на важливості безперервного навчання та підвищення кваліфікації викладачів, працівників охорони здоров'я, соціальних і судових служб, а також роботодавців. Визначає стигму як одну з форм дискримінації, що має розглядатися в рамках антидискримінаційного законодавства. Підкреслює необхідність реформування системи охорони психічного здоров'я та посилення ролі місцевого самоврядування у цій сфері. Також наголошує на важливості використання термінології, яка сприятиме

подоланню стигматизації психічних розладів» [17]. Вказаний документ є більш конкретним з точки зору забезпечення особистої доступності послуг в сфері психічного здоров'я для так званих вразливих верств населення, адже дає розуміння того, на чому необхідно зосередити увагу під час розбудови національної системи послуг у сфері психічного здоров'я.

Резолюція Європарламенту про психічне здоров'я від 19.02.2009 р.: «Підкреслює необхідність забезпечення рівного, повного та належного доступу осіб із психічними розладами до освіти, професійної підготовки та зайнятості відповідно до концепції навчання впродовж життя, а також надання їм належної підтримки відповідно до їхніх потреб. Наполягає на розробці законодавства про психічне здоров'я, що відповідатиме міжнародним зобов'язанням у сфері прав людини, зокрема принципам рівності, недискримінації, захисту приватного життя, тілесної недоторканності та права на інформацію. Унормовує основні принципи, цінності та стратегічні цілі політики охорони психічного здоров'я. Рекомендує державам-учасникам додаткові заходи для забезпечення психічного добробуту населення, зокрема за такими напрямками: запобігання депресії та самогубствам, охорона психічного здоров'я молоді та інтеграція цих питань у систему освіти, підтримка психічного здоров'я на робочих місцях, збереження психічного здоров'я людей похилого віку, боротьба зі стигматизацією та соціальною ізоляцією осіб із психічними розладами» [26]. Вказаний документ акцентує увагу на правах осіб з психічними розладами, що є дуже важливим, адже Україна постійно стикається з позовами до ЄСПЛ на порушення прав людини під час надання психіатричної допомоги. Тому дуже важливим є розроблення окремого законопроекту про внесення змін до Закону України «Про психіатричну допомогу» для забезпечення реалізації прав пацієнтів під час надання психіатричної допомоги.

Резолюція Європейського парламенту від 12 грудня 2023 року про психічне здоров'я (2023/2074(INI)) [29]: «наголошує, що вирішення проблем психічного здоров'я потребує глибокого розуміння різних детермінант психічного здоров'я та що необхідний міжгалузевий підхід для запобігання та пом'якшення впливу

на окремих осіб, спільноти та суспільства за допомогою підходу «психічне здоров'я в усіх політиках» та інноваційна співпраця між сектором охорони здоров'я та іншими відповідними секторами, включаючи соціальні послуги, житло, працевлаштування та освіту (п. 3). Наголошує на важливості біопсихосоціального підходу до психічного здоров'я та соціальної політики, спрямованої на боротьбу з факторами ризику соціальної ізоляції, включаючи, але не обмежуючись цим, бідність, бездомність, розлади вживання психоактивних речовин, безробіття та економічну вразливість, дискримінацію, нестабільну зайнятість та негативні наслідки ринку праці дерегуляція з метою запобігання психічним захворюванням та усунення їх першопричин (п. 10). Крім того, закликає держави-члени покращити доступ до послуг психічного здоров'я для вразливих груп населення та груп із певними захворюваннями (п. 12). Рекомендує використовувати ініціативи щодо розподілу завдань і передачі завдань, такі як Програма дій щодо розриву психічного здоров'я (mhGAP), щоб оснастити неспеціалізованих постачальників медичних послуг інструментами підтримувати людей із розладами психічного здоров'я, щоб полегшити доступ, особливо в найвіддаленіших, сільських і важкодоступних регіонах (п. 58). Вважає, що загальне охоплення медичними послугами має важливе значення для забезпечення того, щоб усі, включаючи найбільш уразливі групи населення та маргіналізовані спільноти, отримували своєчасну, ефективну та доступну медичну допомогу; вважає, що доступ до медичної допомоги є правом людини, що робить його невід'ємною, важливою та структурною частиною національних систем охорони здоров'я держав-членів; вітає Спеціальну ініціативу ВООЗ щодо психічного здоров'я (2019-2023 рр.), спрямовану на розширення психічного здоров'я як частини загального охоплення послугами охорони здоров'я; закликає держави-члени забезпечити доступ до якісних та адаптованих послуг і програм психічного здоров'я та наголошує на перевагах безкоштовності цих послуг (п. 82)» Закликає держави-члени зміцнити свої системи психічного здоров'я шляхом створення мереж взаємопов'язаних служб, які охоплюють широкий спектр потреб у догляді та підтримці, як у сфері охорони здоров'я, так і за його межами,

тобто співпрацю між психологічними, психіатричними службами та службами соціального забезпечення, і забезпечення доступності втручань з низьким порогом доступу (соціальна допомога), шляхів догляду та високоякісної доступної першої психологічної допомоги (п. 91). Наголошує на важливості послуг первинної медичної допомоги для перевірки психічного здоров'я та забезпечення раннього втручання у випадку психічних розладів, направлення до спеціалізованої та багатoproфільної допомоги та супроводу людей із психічними розладами протягом усього їхнього життя; вважає, що первинна медична допомога повинна відігравати більш помітну роль у лікуванні пацієнтів із психічними захворюваннями; закликає держави-члени забезпечити служби первинної медико-санітарної допомоги досвідченими фахівцями з питань психічного здоров'я, і в цьому контексті виступає за те, щоб первинна допомога зосереджувалася на реакціях, керованих громадою (п. 97)». Україна вже частково врахувала вказані вимоги, адже сьогодні лікар з надання ПМД отримав право надавати окремі послуги у сфері психічного здоров'я після проходження спеціального навчання за програмою mhGAP, що дозволило суттєво розширити особисту доступність медичної допомоги особам з проблемами психічного здоров'я.

Висновки Ради ЄС від 15 листопада 2001 року щодо боротьби з проблемами, пов'язаними зі стресом і депресією № 2002/С 6/01: «наголошують, що проблеми стресу та депресії є загальними для всіх вікових груп; вказують на необхідність подальших досліджень та розробки методик сприяння психічному здоров'ю та запобігання стресу та депресії; констатують важливість сприяння психічному здоров'ю шляхом розробки стратегій боротьби зі стресом і депресією; закликають співпрацювати у сфері психічного здоров'я з Всесвітньою організацією охорони здоров'я та іншими міжнародними організаціями» [6]. Україна активно співпрацює з різними міжнародними організаціями, які надають допомогу у сфері психічного здоров'я, що дозволяє суттєво просити спроможність системи охорони здоров'я.

Висновки Ради від 2 червня 2003 р. щодо боротьби зі стигмою та дискримінацією у зв'язку з психічними захворюваннями № 2003/C141/01 передбачають такі пропозиції (п. 12): «приділяти особливу увагу впливу стигми та дискримінації, пов'язаних із психічними захворюваннями, у всіх вікових групах, а також забезпечити визнання цих проблем, у цьому контексті приділяючи особливу увагу зменшенню ризиків соціальної ізоляції; збирати дані про здоров'я, економічні та соціальні наслідки стигматизації через психічні захворювання; вживати заходів для боротьби зі стигмою та сприяти соціальній інтеграції в активному партнерстві та діалозі з усіма зацікавленими сторонами для заохочення комплексного та скоординованого підходу» [7]. Такі висновки важливі для зміни підходу до лікування та реабілітації людей з проблемами психічного здоров'я та психічними розладами, адже вона акцентують увагу на зміні підходів до лікування, зниження випадків стаціонарного лікування і забезпечення підтримки людей з психічними розладами та акцентування уваги не на госпіталізації, а на поверненні до нормального життя.

Висновки Ради ЄС № 9805/05 щодо заходів спільноти щодо психічного здоров'я від 3 червня 2005 р. запрошують держави-члени: «приділяти належну увагу, відповідно до своїх відповідних потреб, реалізації Декларації та Плану дій, схвалених Європейською міністерською конференцією з питань психічного здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я, визнаючи при цьому необхідну довгострокову перспективу впровадження відповідних заходів; вживати заходів для збору високоякісних і порівнянних даних про психічне здоров'я, а також про економічні та соціальні наслідки поширених проблем психічного здоров'я, використовуючи, у відповідних випадках, програму «Громадське здоров'я»; вжити заходів для розробки та впровадження комплексних, інтегрованих та ефективних систем психічного здоров'я, які охоплюють зміцнення та профілактику разом з лікуванням та реабілітацією, доглядом та відновленням, як наголошується в Декларації, прийнятій Всесвітньою організацією охорони здоров'я на Європейській міністерській конференції з психічного здоров'я; продовжувати розвивати відповідні

механізми моніторингу та оцінки, які дозволяють обґрунтовані та надійні порівняння стану психічного здоров'я та практик сприяння та профілактики в державах-членах та між ними; розглянути оптимальне використання відповідних інструментів фінансування, таких як структурні фонди, PHARE та програми Twinning, які можуть покривати конкретні потреби та виклики у сфері психічного здоров'я» [8].

Висновки Ради щодо Європейського пакту про психічне здоров'я та благополуччя: результати та майбутні дії (2011/С 202/01): «запрошують держави-члени: зробити психічне здоров'я та благополуччя пріоритетом своєї політики охорони здоров'я та розробити стратегії та /або плани дій щодо психічного здоров'я, включаючи запобігання депресії та самогубствам; включати профілактику психічних розладів та сприяння психічному здоров'ю та благополуччю як невід'ємну частину цих стратегій та /або планів дій, які мають здійснюватися у партнерстві з відповідними зацікавленими сторонами та іншими секторами політики; покращити соціальні детермінанти та інфраструктуру, які підтримують психічне благополуччя, і покращити доступ до цієї інфраструктури для людей, які страждають на психічні розлади; заохочувати, де це можливо і доцільно, моделі лікування та догляду на основі громади, соціальної інклюзивності; вживати заходів проти стигматизації, відчуження та дискримінації людей з проблемами психічного здоров'я та сприяти їх соціальному залученню та доступу до освіти, навчання, житла та роботи; найкращим чином використовувати можливості структурних фондів у сфері психічного здоров'я, зокрема, для реформування та подальшого вдосконалення своїх систем психічного здоров'я без шкоди для майбутніх фінансових рамок; використовувати потенціал, який пропонують технологічні програми, включаючи e-Health, для покращення систем психічного здоров'я та послуг, профілактики психічних розладів та сприяння благополуччю; вживати заходів для більшого залучення секторів охорони здоров'я та соціального сектору разом із соціальними партнерами у сфері психічного здоров'я та благополуччя на робочому місці, щоб підтримувати та доповнювати програми, керовані

роботодавцями, де це необхідно тощо» [10]. Це також доволі загальний документ, який дозволяє державам отримати орієнтири і проводити загальну реформу системи послуг у сфері психічного здоров'я населення.

Повідомлення Європейської комісії до Європейського парламенту, Ради ЄС, Європейського соціально-економічного комітету та Комітету регіонів щодо комплексного підходу до психічного здоров'я від 07.06.2023 є доволі «свіжим» документом ЄС, тому дуже важливо звернути увагу на останні політики ЄС щодо психічного здоров'я. Документ передбачає такі вимоги:

«а. Інтеграція психічного здоров'я в політику: Державам-членам наполегливо пропонується прийняти підхід, який сприятиме розвитку психічного здоров'я в усіх політиках. Особливу увагу слід приділяти просвітницькій діяльності, профілактиці, ранньому втручання, боротьбі зі стигматизацією, забезпеченню соціальної інтеграції людей, які мають проблеми з психічним здоров'ям. Крім того, держави-члени повинні підтримувати програми допомоги людям у працевлаштуванні або брати участь у програмах повернення до роботи. Цифрова сфера, в тому числі на робочому місці, створює психосоціальні ризики, які значно впливають на людей, організації та економіку. Необхідно приділити особливу увагу просуванню балансу між роботою та особистим життям.

б. Сприяння доброму психічному здоров'ю, профілактика та раннє втручання при проблемах психічного здоров'я: Державам-членам рекомендується використовувати можливості фінансування ЄС та співпрацювати з метою реалізації ініціатив і впровадження передового досвіду у сфері зміцнення та профілактики психічного здоров'я, усунення зв'язків між нерівністю та психічним здоров'ям шляхом активізації зусиль у боротьбі зі стигматизацією, дискримінацією, мовою ворожнечі та насильством, а також забезпечення належної підготовки, підвищення кваліфікації та перепідготовки медичних і соціальних працівників у сфері зміцнення психічного здоров'я та благополуччя. Країни також повинні вирішувати проблеми, пов'язані з профілактикою проблем психічного здоров'я вразливих груп населення, посилити раннє розпізнавання

проблем психічного здоров'я, забезпечити раннє втручання та підтримку, а також розглянути зв'язок між ізоляцією, нерівністю та психічним здоров'ям шляхом активізації зусиль у боротьбі з дискримінацією, мовою ворожнечі та насильством.

с. Зміцнення психічного здоров'я дітей та молоді: Комісія заохочує держави-члени співпрацювати над політикою та ініціативами, спрямованими на вирішення конкретних проблем, пов'язаних із психічним здоров'ям дітей і молоді, а також розглядати зв'язки між проблемами психічного здоров'я та детермінантами здоров'я та використанням цифрових інструментів. Комісія запрошує держави-члени визначити дітей як пріоритетну цільову групу у своїх національних стратегіях психічного здоров'я та створити мережі з сім'ями, школами, молоддю та іншими зацікавленими сторонами та установами, які займаються психічним здоров'ям дітей. Держави-члени закликають забезпечити дітям кращий доступ до послуг з охорони психічного здоров'я, а також рівний і легкий доступ до здорового харчування та регулярної фізичної активності, жити в безпечному та сприятливому середовищі та бути захищеними від вживання алкоголю, тютюну та наркотиків, а також від негативних наслідків використання цифрових технологій. Державам-членам пропонується впроваджувати інноваційні підходи та найкращі практики, визначені в ініціативі «Здоровіші разом» щодо психічного здоров'я дітей і молоді, і брати участь у спільній роботі ініціативи з метою усунення впливу детермінант здоров'я, включаючи економічні, комерційні, соціальні та екологічні детермінанти та вплив цифрової трансформації на психічне здоров'я та благополуччя дітей і молоді.

d. Допомога тим, хто найбільше цього потребує: Комісія заохочує держави-члени покращити доступ до цифрових інструментів, які підтверджено зручними для літніх людей, щоб покращити їх психічне здоров'я та допомогти їм брати участь у соціальному житті. Держави-члени заохочуються збирати дані про стан психічного здоров'я людей у вразливих ситуаціях, у тому числі бездомних, а також про доступність послуг у маргіналізованих, віддалених і неблагополучних районах. Комісія закликає держави-члени забезпечити рівний

доступ без перешкод до якісної та доступної медичної допомоги та соціальних послуг, особливо для тих груп ризику або тих, хто живе в маргіналізованих чи віддалених місцевостях, а також для вирішення конкретної ситуації ромів шляхом покращення доступу до послуг психічного здоров'я та заходів первинної профілактики, наприклад, через кампанії з підвищення обізнаності. Крім того, Комісія закликає держави-члени впроваджувати передову практику деінституціоналізації, включно з дітьми, і зміцнювати перехід до послуг у громаді.

е. Подолання психосоціальних ризиків на роботі: Держави-члени заохочуються підвищувати обізнаність про проблеми психічного здоров'я фермерів і населення в сільській місцевості за підтримки спільної сільськогосподарської політики, а також розробляти та впроваджувати політику та найкращі практики, щоб допомогти зосередитися на профілактиці та посилити стійкість основних працівників, включаючи медичних працівників, вчителів та фермерів. Щоб допомогти державам-членам, Комісія забезпечить підготовку звіту EU OSHA, який стосується психосоціальних ризиків у сільськогосподарському секторі. Держави-члени також заохочуються до подальшого сприяння використанню Керівництва Комітету старших інспекторів праці щодо запобігання психосоціальним ризикам для посилення ефективного моніторингу та перевірок зобов'язань щодо охорони праці у цьому відношенні, а також брати участь у навчальних заходах Комітету старших інспекторів праці для інспекторів праці.

ф. Зміцнення систем психічного здоров'я та покращення доступу до лікування та догляду: Комісія заохочує держави-члени забезпечити доступ до доступної психіатричної допомоги, в тому числі за допомогою телемедичних засобів і в транскордонних умовах. Національні органи влади повинні співпрацювати у розробці та впровадженні проектів для покращення послуг з охорони психічного здоров'я та догляду на рівні громади та деінституціоналізації і запрошені розробити шляхи направлення до спеціалістів із психічного здоров'я, також беручи до уваги роботу інших постачальників послуг.

g. Подолання стигми: Комісія заохочує держави-члени розробити комунікаційні кампанії для викорінення та подолання стигми, а також розробити заходи для протидії стигмі та дискримінації, допомагаючи особам повернутися до роботи, надаючи пацієнтам доступ до послуг, які найкраще відповідають їхнім потребам, та поширюючи інформацію про використання правових інструментів для боротьби з дискримінацією. Необхідно підвищити обізнаність (осіб, які приймають рішення, роботодавців, медичних працівників, інших спеціалістів і широку громадськість і медичних працівників, щодо психічного здоров'я та стигматизації, особливо людей у вразливих ситуаціях), а також підтримувати громадську діяльність (спорт, мистецтво, природа), які допомагають подолати стигматизацію та підтримують реабілітацію психічного здоров'я. Держави-члени повинні підтримувати політику, яка заохочує інтеграцію людей з психічним здоров'ям у суспільство та на ринок праці, включно з соціальною економічною діяльністю» [5]. Дуже важливо врахувати всі ці пункти саме на законодавчому рівні під час розробки окремого законопроекту щодо вдосконалення системи послуг у сфері психічного здоров'я населення.

Висновки Ради щодо психічного здоров'я від 30 листопада 2023 р. «запрошують Держави-члени акцентувати інтегровану політику та послуги, спрямовані на психічне здоров'я та благополуччя, і розглянути питання розроблення планів дій або стратегій для вирішення найбільш нагальних і поширених питань, таких як: впровадження підходу до охорони психічного здоров'я в рамках загальної політики, який виходить за рамки охорони здоров'я та включає проблеми в інших ключових секторах як відповідні фактори, такі як працевлаштування, освіта, цифровізація (включаючи вплив штучного інтелекту), соціальний захист, фінансова безпека, дослідження, житло, містобудування, доступ до культури, медіа та комунікації, навколишнє середовище та клімат; визначення соціальних, екологічних та економічних детермінант психічного здоров'я; запобігання психічним проблемам (включаючи попередження самогубств, самоушкоджень і попередження депресії) у різних контекстах, таких як школи, робочі місця, охорона здоров'я, сусідство, громади, включаючи

поєднання універсальних, вибіркових і показаних профілактичних втручань і заходів політики; удосконалення систем і послуг психічного здоров'я, щоб вони відповідали потребам людей, які мають проблеми з психічним здоров'ям, у напрямку якісного загального охоплення медичною допомогою; покращення своєчасного та рівноправного доступу до ефективної та безпечної психіатричної допомоги та координації такої допомоги, сприяння ранній діагностиці та інтегрованих допомозі через послуги з психічного здоров'я, орієнтовані на громаду та відновлення; сприяння профілактиці, ранньому виявленню та догляду за особами з суїцидальною поведінкою та її наслідками; розробка заходів щодо подолання самотності серед населення в цілому, зосереджуючись на групах ризику самотності; забезпечення ефективного застосування чинного законодавства ЄС та національного законодавства для гарантування безпеки та здоров'я на роботі та зміцнення психічного здоров'я, запобігання та управління психосоціальними ризиками та зміцнення ресурсів психічного здоров'я на робочому місці; розгляд створення міждисциплінарної команди в кожній державі-члені, яка забезпечуватиме врахування психічного здоров'я у всіх політиках для подальшого впровадження політики психічного здоров'я з використанням індикаторів» [9]. Наразі для України цей документ є дуже важливим, оскільки послуги у сфері психічного здоров'я наразі надаються без акценту на проблеми суїцидальної поведінки, немає розроблених документів, які б визначали особливості роботи з такими пацієнтами не лише лікарів, але й у освітніх закладах, на робочих місцях чи в інших суспільних інституціях.

Аналіз вказаних нормативно-правових актів свідчить про те, що Україна доволі багато повинна зробити задля впровадження вимог ЄС у сфері психічного здоров'я. Тому Концепцію розвитку системи громадського здоров'я схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. В ній зазначено принцип цілісного підходу до здоров'я, що передбачає сукупність його фізичної, психічної, психологічної, духовної і соціальної складових частин. Частину концепції громадського здоров'я становить концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030

року, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р.

При цьому Україна цього року розробила та прийняла План заходів на 2024-2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21 червня 2024 р. № 572-р [146], який містить 24 завдання різним міністерствам.

Тому в цілому вимоги ЄС Україною виконуються, а широкий план дій свідчить про те, що Україна почала серйозну увагу приділяти питанням зміцнення психічного здоров'я населення та розширення доступності послуг у сфері психічного здоров'я.

Висновки до розділу 3

1. Наразі Україна зіштовхнулась з новими викликами, які вимагали швидких і рішучих кроків для забезпечення доступності медичної допомоги населенню у період дії правового режиму воєнного стану. У зв'язку з повномасштабним вторгненням росії на територію нашої держави доступність медичної допомоги для населення погіршилась, насамперед мова йде про територіальну та особисту доступність. Територіальна доступність медичної допомоги погіршилась через пошкодження та руйнування закладів охорони здоров'я, переїзд медичних працівників за кордон, окупацію значної кількості населених пунктів. Особиста доступність погіршилась через виїзд населення за кордон або переїзд в межах території країни (внутрішні переселенці).

2. Для забезпечення територіальної доступності медичної допомоги важливо прийняти Порядок діяльності мобільних бригад з надання медичної допомоги як окремий наказ МОЗ і поширити їх роботу насамперед на території, де пошкоджені чи зруйновані ЗОЗ. Перш за все, така допомога повинна покривати ПМД (у тому силі педіатрію), гінекологічну та невідкладну

стоматологічну допомогу, а також психологічну допомогу постраждалим від війни. Окремо важливим питанням є забезпечення вчасної вакцинації населення, особливо дітей, тому важливо, щоб мобільна бригада з надання ПМД могла проводити планові щеплення. Щодо доступних ліків, вже працюють пересувні мобільні аптеки, а також з'явилась можливість отримати ліки через Укрпошту.

Окремим важливим питанням є забезпечення психосоціальної допомоги населенню, адже вій війни страждає все населення і наразі існує нагальна необхідність розширення мережі надавачів психосоціальної допомоги, а саме створення окремих центрів психічного (ментального) здоров'я, які були б структурними підрозділами ЗОЗ та могли забезпечити весь комплекс послуг у сфері психічного здоров'я, у тому числі забезпечили роботу виїзних команд, які могли б забезпечувати надання психосоціальної чи психіатричної допомоги за місцем проживання чи перебування пацієнта.

Для забезпечення особистої доступності медичної допомоги в умовах воєнного часу важливо розвивати телемедицину, при цьому, щоб такі послуги надавали сімейні лікарі або лікуючі лікарі в певний час, а не окремо навчені фахівці. Це дуже важливо для пацієнтів з хронічними хворобами та пацієнтів, які давно обслуговуються в певних сімейних лікарів, довіряють їм, а лікарі відповідно знають весь сімейний анамнез членів сім'ї.

3. Забезпечення доступності медичної допомоги у період післявоєнного відновлення та відбудови буде новим викликом для нашої держави. Для забезпечення територіальної доступності важливим питанням буде будівництво нових і відновлення пошкоджених лікарень, важливим кроком якого має стати інструмент державно-приватного партнерства.

Фінансова доступність медичної допомоги вимагатиме реформування законодавства у сфері охорони здоров'я з метою: реформування системи медичного страхування (обов'язкового та добровільного); визначення на рівні закону переліку платних послуг, які надаватимуться ЗОЗ, розширення фінансування сфери охорони здоров'я за рахунок приватного бізнесу, зокрема ринків антиблаг (гральний бізнес, лотереї, виробництво та продаж алкогольних

та тютюнових виробів, солодких газованих напоїв) через запровадження підвищених податків або додаткової підвищеної плати за ліцензії на здійснення діяльності, пов'язаної з такими антиблагами та спрямовування отриманих коштів на забезпечення доступності медичної допомоги для населення.

Для забезпечення територіальної та фінансової доступності важливо посилити контроль НСЗУ за виконанням договорів на медичне обслуговування, а також запровадити укладення договорів не на один, а на кілька років.

Щодо особистої доступності в період післявоєнного відновлення важливим завданням буде повернення українців з-за кордону і збереження нації, тому питання збереження і зміцнення здоров'я населення буде дуже важливим. Для цього важливо впровадити підтримку на рівні ПМД сімей з дітьми і забезпечення їм надання медичних послуг в сімейному середовищі; збереження психічного здоров'я населення в мінімізація негативних наслідків війни для українців шляхом створення окремих центрів психічного здоров'я та розширення діяльності мобільних бригад у сфері психічного здоров'я та послуг телемедицини; розбудова системи профілактики хвороб, насамперед тих, які є причиною передчасної смерті українців: інсульти, інфаркти, онкологічні хвороби.

4. Питання виконання зобов'язань України у сфері європейської інтеграції та адаптація законодавства України до законодавства Європейського Союзу завжди були і залишаються одним з пріоритетних завдань держави, особливо коли Україна набула статус кандидата в члени ЄС. У цьому контексті важливо виконати всі зобов'язання України, взяти на себе в рамках Угоди про асоціацію, а також щорічні рекомендації Єврокомісії, які видаватимуться в рамках переговорного процесу про вступ до ЄС. Пріоритетними для України є документи ЄС щодо збереження та зміцнення здоров'я дітей, зниження рівня захворюваності на онкологічні хвороби та збереження і зміцнення психічного здоров'я населення.

ВИСНОВКИ

У дисертації на основі узагальнення відповідних наукових підходів вітчизняних і зарубіжних учених, національного законодавства та актів міжнародного права, матеріалів правозастосовної практики, розроблено наукові положення й отримано результати, що в сукупності вирішують важливу наукову проблему щодо розробки адміністративно-правових засад забезпечення доступності медичної допомоги та формування науково обґрунтованих пропозицій щодо вдосконалення діяльності органів публічної адміністрації у питаннях забезпечення доступності медичної допомоги для населення за трьома складовими: територіальна, фінансова та особиста доступність. Одержані в процесі дослідження наукові результати дали змогу сформулювати низку висновків та рекомендацій щодо вдосконалення законодавства України з питань адміністративно-правових засад забезпечення доступності медичної допомоги та узагальнень, що мають як теоретичне, так і прикладне значення. Найсуттєвішими з них є такі:

1. Доступність медичної допомоги визначено: як конституційне право громадянина та як принцип державної політики у сфері охорони здоров'я (принцип охорони здоров'я). Доступність медичної допомоги є гарантованим Конституцією України правом громадян, яке передбачає надання безоплатно в будь-яких державних та комунальних закладах охорони здоров'я, які є територіально зручними (доступними) для особи, медичної допомоги кожному, хто її потребує, в обсязі, який є необхідним в конкретний період часу відповідно до стану здоров'я громадян. Доступність медичної допомоги як принцип охорони здоров'я – це одна з основних (керівних) ідей, положень, що виступає основою для формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я та формування системи публічного адміністрування охорони здоров'я.

2. Зміст доступності медичної допомоги складають: особиста, територіальна та фінансова доступність. Особиста доступність означає рівний доступ до медичної допомоги для всіх, хто її потребує, в обсязі, який особа потребує та

своєчасно. Фінансова доступність передбачає гарантування державою безоплатності медичної допомоги для всіх пацієнтів в однаковому обсязі в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Територіальна доступність передбачає наявність розвинутої спроможної мережі ЗОЗ, яка спроможна забезпечити потребу населення на певній території всіма видами медичної допомоги в обсязі, який їм необхідний. Все ці елементи оцінюються через категорію справедливості, а саме справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я серед громадян, тобто *можливість кожного громадянина звернутись за медичною допомогою і отримати необхідне своєчасне лікування незалежно від фінансової спроможності, місця проживання чи часу звернення за допомогою і лише з урахуванням стану здоров'я та потреб пацієнта*. Запропоновано внесення змін до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та доповнення його окремою статтею 32-1, яка матиме назву *доступність медичної допомоги та розроблено відповідний законопроект (додаток Б до дисертації)*.

3. Норми адміністративного права, що закріплюють доступність медичної допомоги, містяться у Конституції України, як право громадян, і деталізуються (реалізуються) в законах та підзаконних нормативно-правових актах, як реалізація принципу державної політики у сфері охорони здоров'я – доступність (загальнодоступність) медичної допомоги. Вплив адміністративного права на забезпечення доступності медичної допомоги реалізується не лише під час формування державної політики (нормотворчого процесу), але й під час її реалізації, коли виконуються регулятивна та охоронна функції державної політики.

Головним державним органом, який повинен забезпечити доступність медичної допомоги в державі, є Міністерство охорони здоров'я, яке, керуючись правовими засадами забезпечення доступності медичної допомоги використовує такі форми адміністративно-правового впливу як: прийняття наказів, видання актів індивідуальної дії, вчинення юридично значимих дій, укладення

адміністративно-правових договорів, спрямованих на забезпечення особистої, територіальної та фінансової доступності медичної допомоги.

4. Особиста доступність медичної допомоги є соціальним правом кожного, при цьому вона впливає на загальні показники громадського здоров'я і, відповідно, здоров'я нації в цілому та оцінюється за шести показниками: 1) вільний вибір пацієнтом лікаря та закладу для отримання медичної допомоги; 2) можливість отримати послугу за місцем проживання (перебування) пацієнта, у тому числі з використанням телемедицини; 3) підвищення задоволеності пацієнтів медичними послугами та посилення довіри до сімейної медицини; 4) зменшення малюкової смертності; 5) зменшення кількості смертей від раку, інсультів та інфарктів (саме ці хвороби є найбільш поширеними причинами передчасної смертності, тому їх показники в цілому показують рівень суспільного здоров'я); 6) своєчасність отримання необхідної медичної допомоги та суттєве зменшення часу очікування та отримання необхідної планової медичної допомоги, забезпечення прозорості ведення черги пацієнтів на отримання дороговартісних медичних послуг.

Наразі показники 1, 2 не досягнуті, оскільки законодавчо передбачені обмеження для їх реалізації. Для досягнення показника 3 в останні роки розроблено та прийнято ряд наказів (передусім, зміни до наказу № 504), результативність яких можна буде оцінити в 2025 році. Дані показника 4 щороку зменшуються завдяки впровадженню в 2023-2024 роках заходів для покращення здоров'я новонароджених та дітей раннього віку (неонатальні скринінги, нові пакети медичної та реабілітаційної допомоги дітям у складних неонатальних випадках). Показник 5 доки не досягнутий, але впроваджені з 1 січня 2025 року заходи (скринінги на найпоширеніші види раку) сприятимуть його досягненню в найближчі роки; для досягнення показника 6 необхідними є розробка та прийняття наказу Міністерства охорони здоров'я щодо порядку ведення черги пацієнтів.

5. Забезпечення територіальної доступності через значне пошкодження та руйнування ЗОЗ сьогодні є складним питанням для України. Засоби забезпечення

територіальної доступності визначені в постанові Кабінету Міністрів України № 174, але не всі вони впроваджені. Зокрема спроможна мережа досі не сформована для м. Києва, у Запорізькій, Донецькій, Луганській, Херсонській, Миколаївській областях та на території АР Крим. Так само для цих регіонів не затверджені плани розвитку госпітальних округів, недостатньо розвинене функціонування мобільних команд для надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Вже забезпечено умови для зміни структури та розширення послуг первинної медичної допомоги, інвестицій для розвитку спроможної мережі (де вона затверджена); забезпечення фінансової стійкості закладу охорони здоров'я, що входить до спроможної мережі (через пакети медичних послуг). Щодо поступового вдосконалення транспортної доступності до закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі, та розвитку аеромедичної евакуації, то ці засоби можливо буде реалізувати повною мірою після закінчення війни.

6. Фінансова доступність медичної допомоги забезпечується завдяки Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», але наразі відкрито провадження щодо його конституційності в Конституційному Суді України. Фінансова доступність забезпечується шляхом доступу для всіх до «гарантованого пакета» безоплатної медичної допомоги згідно з основними потребами суспільства та відповідно до медичних потреб кожного пацієнта в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Наразі забезпечено фінансову доступність первинної медичної допомоги та спеціалізованої медичної допомоги в амбулаторних умовах акушера-гінеколога, психіатра, нарколога, стоматолога, педіатра, фтизіатра. Щодо інших видів, фінансова доступність обмежена необхідністю отримання направлення, в іншому випадку вона буде надана як платна послуга. Акцентовано увагу, що перелік платних послуг повинен бути встановлений на рівні закону, а не постанови Кабінету Міністрів України.

Запропонованими засобами забезпечення фінансової доступності медичної допомоги є: фінансування охорони здоров'я з державного бюджету на рівні не

менше 5% ВВП; розробка чітких правил регуляції для розвитку ринку добровільного медичного страхування; об'єднання (пулінг) коштів різних бюджетів для фінансування системи охорони здоров'я; впровадження на законодавчому рівні додаткових механізмів забезпечення фінансування системи охорони здоров'я (оподаткування, ліцензійні платежі, штрафи тощо); забезпечення ефективності використання власних коштів ЗОЗ, в тому числі шляхом посилення спроможності щодо фінансового планування.

7. У зв'язку з повномасштабним вторгненням росії на територію нашої держави доступність медичної допомоги для населення погіршилась, насамперед в частині територіальної та особистої доступності. У період дії воєнного стану перспективними засобами вдосконалення територіальної доступності медичної допомоги визначено розробку та прийняття порядку діяльності мобільних бригад з поширенням їх роботи насамперед на території, де пошкоджені чи зруйновані ЗОЗ, і покриттям ними послуг з первинної медичної допомоги, гінекологічної та стоматологічної допомоги, а також психологічної допомоги постраждалим від війни та вакцинації дітей. Для забезпечення особистої доступності медичної допомоги необхідним є розвиток послуг телемедицини, з обов'язковим долученням сімейних лікарів або лікуючих лікарів пацієнтів. Це важливо для пацієнтів з хронічними хворобами та пацієнтів, які давно обслуговуються в певних сімейних лікарів, довіряють їм, а лікарі відповідно знають весь сімейний анамнез членів сім'ї. Розвиток психосоціальної допомоги населенню важливий для розширення особистої доступності шляхом створення окремих центрів психічного (ментального) здоров'я як структурних підрозділів ЗОЗ для забезпечення комплексу послуг у сфері психічного здоров'я, у тому числі укомплектованих виїзними командами для надання психологічної та психіатричної допомоги за місцем проживання чи перебування пацієнта.

8. У період післявоєнного відновлення та відбудови нашої держави необхідним є розширення доступності медичної допомоги: територіальної доступності шляхом будівництва нових і відновлення пошкоджених лікарень з використанням інструментів державно-приватного партнерства (необхідне

вдосконалення законодавства з цього питання); фінансової доступності завдяки реформуванню законодавства у сфері охорони здоров'я (впровадження медичного страхування (обов'язкового та добровільного); визначення на рівні закону переліку платних послуг, які надаватимуться ЗОЗ, розширення фінансування сфери охорони здоров'я за рахунок приватного бізнесу, зокрема ринків антиблаг (гральний бізнес, лотереї, виробництво та продаж алкогольних та тютюнових виробів, солодких газованих напоїв) через запровадження підвищених податків або додаткової підвищеної плати за ліцензії на здійснення діяльності, пов'язаної з такими антиблагами та спрямування отриманих коштів на забезпечення доступності медичної допомоги для населення; особистої доступності через впровадження підтримки на рівні первинної медичної допомоги сімей з дітьми і забезпечення їм надання медичних послуг в сімейному середовищі; збереження психічного здоров'я населення і мінімізація негативних наслідків війни для українців шляхом створення окремих центрів психічного здоров'я та розширення діяльності мобільних бригад у сфері психічного здоров'я та послуг телемедицини; розбудова системи профілактики хвороб, насамперед тих, які є причиною передчасної смерті українців: інсульти, інфаркти, онкологічні хвороби.

9. Питання виконання зобов'язань України у сфері європейської інтеграції та адаптація законодавства України до законодавства Європейського Союзу завжди були і залишаються одним з пріоритетних завдань держави, особливо коли Україна набула статус кандидата в члени ЄС. Важливо виконати всі зобов'язання України, взяті на себе в рамках Угоди про асоціацію, а також щорічні рекомендації Єврокомісії, які видаватимуться в рамках переговорного процесу про вступ до ЄС. Пріоритетними для України є документи ЄС щодо збереження та зміцнення здоров'я дітей, зниження рівня захворюваності на онкологічні хвороби та збереження і зміцнення психічного здоров'я населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. A more credible, dynamic, predictable and political EU accession process - Commission lays out its proposals. URL: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_20_181.
2. Access to healthcare in European countries. 2017 Legal Report. URL: https://www.doctorsoftheworld.org.uk/wp-content/uploads/import-from-old-site/files/2017_final-legal-report-on-access-to-healthcare-in-16-european-countries.pdf.
3. Bilan S. The content of accessibility of medical care in Ukraine. *Baltic Journal of Legal and Social Sciences*. 2024. № 3. С. 6-12. DOI: <https://doi.org/10.30525/2592-8813-2024-3-1>.
4. CIA - The World Factbook: Infant Mortality Rate, 2020. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/354.html>.
5. Communication on a comprehensive approach to mental health COM(2023) 298 final. URL: [com_2023_298_1_act_en.pdf](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/com_2023_298_1_act_en.pdf) (europa.eu).
6. Council conclusions of 15 November 2001 on combating stress and depression-related problems (2002/C 6/01). URL: [eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52002XG0109\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52002XG0109(01)&from=EN).
7. Council Conclusions of 2 June 2003 on combating stigma and discrimination in relation to mental illness. URL: EUR-Lex - 52003XG0617(01) - EN - EUR-Lex (europa.eu).
8. Council conclusions on a Community Mental Health Action – Outcome of proceedings. URL: The Council conclusions annexed hereto were adopted at the EPSCO Council on 3 June 2005. (europa.eu).
9. Council conclusions on mental health. URL: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-15971-2023-INIT/en/pdf>.
10. Council conclusions on the European Pact for Mental Health and Well-being: results and future action. URL: EUR-Lex - 52011XG0708(01) - EN - EUR-Lex (europa.eu).

11. Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening. URL: EUR-Lex - 32003H0878 - EN - EUR-Lex (europa.eu).
12. Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening. Brussels, 20.9.2022 COM(2022) 474 final 2022/0290 (NLE). URL: 9b904a22-41bd-45b6-9a79-d3ac6d48ba19_en (europa.eu).
13. Council resolution of 18 November 1999 on the promotion of mental health. URL: EUR-Lex - 32000Y0324(01) - EN - EUR-Lex (europa.eu).
14. Council Resolution on the framework for Community action in the field of public health of 2 June 1994 (94/C 165 /01). URL: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:31994Y0617(01)&from=EN.
15. European Charter of Patients' Rights. Basis Document. Rome, November 2002. URL: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf.
16. European Health Union: A new EU approach on cancer detection – screening more and screening better. URL: European Health Union: cancer screening (europa.eu).
17. European Parliament resolution on improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union (2006/2058(INI)). URL: EUR-Lex - 52006IP0341 - EN - EUR-Lex (europa.eu).
18. Europe's Beating Cancer Plan, Brussels, 3.2.2021 COM(2021) 44 final/ URL: EUR-Lex - 52021DC0044 - EN - EUR-Lex (europa.eu).
19. Gender, equity and human rights: accessibility. WHO. URL: <https://www.who.int/gender-equityrights/understanding/accessibility-definition/en>.
20. Green Paper - Improving the mental health of the population - Towards a strategy on mental health for the European Union COM/2005/0484 final. URL: EUR-Lex - 52005DC0484 - EN - EUR-Lex (europa.eu).
21. Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions. COM, Brussels. 2004. 327 final. 22 p. URL: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52004DC0327>.

22. Health and social justice. World Health Organization. URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-082388/en>
23. Imami A. and Betalli M. The Role of Administrative Contracts in the Field of Public Administration. *Access to Justice in Eastern Europe*. 2024. № 7(3). С. 393-409.
24. *Judgment* dated on 10 April 2012. CASE OF PANAITESCU v. ROMANIA (Application no. 30909/06). URL: <https://hudoc.echr.coe.int/ukr?i=001-110255>.
25. Lytvyn, N.A., Berlach, A.I., Kovalko, N.M., Melnyk, A.A. and Berlach, H.V. Legal regulation of the state financial guarantees of medical services for the population: domestic and international experience. *International Journal of Health Governance*. 2022. № 27 (4). PP. 378-390.
26. Mental Health European Parliament resolution of 19 February 2009 on Mental Health (2008/2209(INI)). URL: EUR-Lex - 52009IP0063 - EN - EUR-Lex (europa.eu).
27. One-in-five suffers mental health condition in conflict zones, new UN figures reveal. UN News. URL: <https://news.un.org/en/story/2019/06/1040281#:~:text=Oneinfive%20people%20living%20in%20conflict%20areas%20experience%20anxiety,in%20a%20UN-backed%20report>.
28. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada, 17–21 November 1986. URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
29. P9_TA(2023)0457 – Mental health – European Parliament resolution of 12 December 2023 on mental health (2023/2074(INI)). URL: EUR-Lex - 52023IP0457 - EN - EUR-Lex (europa.eu).
30. Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework (Основы концепции прав пациента в Европе: общие положения. 28-30 апреля 1994 года, Амстердам, Нидерланды). URL: https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/Patients_rights_WHO.pdf.

31. Public-Private Partnerships for Health Care Infrastructure and Services: Considerations for Policy Makers in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2022. 38 p.

32. Resolution of the Council and the Representatives of the Governments of the Member States, meeting within the Council, of 7 July 1986, on a programme of action of the European Communities against cancer. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A41986X0723%2804%29&qid=1473266984401>.

33. The National Lottery URL: <https://www.lotterygoodcauses.org.uk/projects?icid=lich-212:bd:21:sgp:tnl:lc:in:co>.

34. TOMÁŠEK, M., ŠMEJKAL, V. та ін. Коментар до Договору про функціонування ЄС, Договору про ЄС та Хартії основоположних прав ЄС. Прага: Wolters Kluwer ČR, 2024, 1780 с. URL: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1zacbMQPBuE7YoMg6W4BDg7KHnAfN_6Vz.

35. Toporetska, Z., Shcherbyna, L., Denysenko, O., Bilan, S., & Kryshtafovych, O. (2024). Legal mechanisms for gambling addiction protection: analysis of an emerging regulatory model in Ukraine. *Amazonia Investiga*, 13(78), 242-249. <https://doi.org/10.34069/AI/2024.78.06.20>.

36. Ukraine Report 2023. URL: https://neighbourhood-enlargement.ec.europa.eu/ukraine-report-2023_en.

37. Volodymyr Vazhynskyi, Mykola Pohoretskyi, Zoriana Toporetska Responsible business by institutional investors as the main means of preventing violations of the public interests of citizen-investors. *Baltic Journal of Economic Studies*, Vol. 10 No. 1 (2024). P. 20-29. DOI: <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2024-10-1-20-29>.

38. Англо-український словник-довідник термінів з фінансування та управління у сфері охорони здоров'я. Н. Солоненко, В. Ананьєв, В. Рудий: за ред. А. Малагардіса. К., 2006. 136 с.

39. Антипкін Ю.Г., Марушко Р.В., Дудіна О.О. Еволюція малюкової смертності в Україні. *Сучасна педіатрія. Україна*. 2021. № 1(113). С. 6–14. doi 10.15574/SP.2021.113.6.
40. Базилевич В.Д., Базилевич К.С. Страхова справа : монографія. – 5-те вид. К. : Вид-во "Знання", 2006. 651 с.
41. Баранник Л. Б. Обов'язкове медичне страхування як елемент системи соціальної безпеки населення. *Економічний вісник університету*. 2023. № 56. С. 155–162. DOI: <https://doi.org/10.31470/2306-546X-2023-56-155-162>.
42. Батрин О. В., Теремецький В. І., Івахненко О. А. Правові гарантії доступності медичної та реабілітаційної допомоги в період дії воєнного стану. *Ірпінський юридичний часопис*. 2024. № 2 (15). С. 46-58.
43. Березовська І.Р. Поняття і характеристика структурних елементів механізму застосування адміністративно-правових засобів забезпечення інформаційної безпеки України. *Науковий вісник національної академії внутрішніх справ*. 2013. № 2. С. 31–35.
44. Берлач А.І. Реалізація адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні: виклики сьогодення. *Науковий юридичний журнал. Правові новели*. 2023. № 19. С. 402-406.
45. Білан С. Показники забезпечення права на особисту доступність медичної допомоги. *Право. Комунікація. Суспільство. Law. Communication. Society. Das Recht. Die Kommunikation. Die Gesellschaft. Le Droit. La Communication. La Société*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти (українською та іноземними мовами) (Львів, 4 квіт. 2025 р.). Львів: ЛьвДУВС, 2025. С. 332–334.
46. Білан С. Ю. Адміністративно-правові засади забезпечення доступності медичної допомоги для населення в умовах воєнного стану. *Вісник кримінального судочинства*. 2022. №3-4. С. 158-163. DOI: <https://doi.org/10.17721/2413-5372.2022.3-4/159-164>.

47. Білан С. Ю. Вдосконалення забезпечення доступності медичної допомоги у період дії правового режиму воєнного стану. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету*. 2025. Вип. 87. Ч. 2. С. 305–311.

48. Білан С. Ю. Вплив корупційних ризиків на забезпечення доступності медичної допомоги. *Корупційні ризики в Україні: актуальні шляхи їх недопущення та подолання: міжнародна науково-практична конференція*. Науково-дослідний інститут публічного права, (м. Львів-Торунь, 8 жовтня 2024 р.). Львів – Торунь: Liha-Pres, 2024. С. 11-14.

49. Білан С. Ю. Впровадження черги пацієнтів як інструмент забезпечення державою своєчасності надання медичної допомоги. *Вісник кримінального судочинства*. 2021. № 3-4. С. 122-128. DOI: <https://doi.org/10.17721/2413-5372.2021.3-4/122-128>.

50. Білан С. Ю. Джерела забезпечення розширення доступності медичної допомоги у період післявоєнного відновлення та відбудови України. *International scientific conference “Theoretical foundations of law, public management and practice of their application” : conference proceedings* (December 25–26, 2024. Riga, the Republic of Latvia). Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. С. 78-82.

51. Білан С. Ю. Правові засади забезпечення фінансової доступності медичної допомоги. *Current Issues of the World Economy, International Economic Relations and International Communications Amidst the Formation of a New World Order and Polarization of the World*: International scientific-practical conference (Riga, the Republic of Latvia, March 24–25, 2025). Vol. 1. Riga, Latvia: Baltija Publishing, 2025. С. 233–237.

52. Білан С. Ю. Спроможна мережа закладів охорони здоров'я: проблеми забезпечення доступності медичної допомоги. *Вісник кримінального судочинства*. 2023. № 3–4. С. 244–249.

53. Білан С. Ю., Топорецька З. М. Адміністративно-правові засади забезпечення територіальної доступності медичної допомоги. *Розвиток сталої мобільності: глобальні та локальні рішення: матеріали Міжнародної науково-*

практичної конференції (в авторській редакції), (м. Кропивницький, 15 листопада 2024 року). Кропивницький, 2024. С. 16-19.

54. Блащук Т. Право на медичну допомогу та його реалізація в умовах пандемії COVID-19. *Підприємництво, господарство і право* 2020. № 11. С. 5-12.

55. Блащук Т.В., Шелестюк Ю. С. Охорона прав пацієнтів в Україні та Європейському Союзі. *Public Health Journal*. 2022. №2. С.12-17.

56. Бондарева Л. Доступність медичної допомоги населенню: теоретичний аспект. *Актуальні проблеми державного управління*. 2011. №. 3. С. 11–14.

57. Булеца С.Б. Телемедицина: переваги та недоліки в правовому полі. *Право України*. 2020. №3. С. 49-60.

58. Бучкевич М. М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах. *Наук. вісн. НЛТУ України*. 2011. № 21(10). С. 178–184.

59. Важинський В. М. Адміністративно-правова охорона суспільних інтересів в діяльності інституційних інвесторів: теорія та практика : монографія. Київ: Алерта, 2024. 218 с.

60. Важинський В. М. Інструменти накопичення приватних заощаджень фізичних осіб як об'єкт правового та державного регулювання. *Вісник кримінального судочинства*. 2021. № 1-2. С. 149-155. DOI: <https://doi.org/10.17721/2413-5372.2021.1-2/149-155>.

61. Важинський В. М. Охорона суспільних цінностей у сфері інвестиційної діяльності: теоретичний аспект. *Вісник кримінального судочинства*. 2022. № 3-4. С. 113-123. DOI: <https://doi.org/10.17721/2413-5372.2022.3-4/113-123>.

62. Василевська Н. С. Медичне страхування під час воєнного стану в Україні: практичний нарис. *Правова держава*. 2023. № 50. С. 120–127. DOI: <https://doi.org/10.18524/2411-2054.2023.50.280281>.

63. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) Уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел. К.; Ірпінь: ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.
URL: <https://archive.org/details/velykyislovnyk/page/1507/mode/1up>.

64. Вимоги ПМГ 2024. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2024-1699952970/vimogi-pmg-2024>.

65. Волохова Л. Ф., Д. О. Остапенко Медичне страхування та його розвиток в Україні. *Финансовые услуги*. 2017. № 1. С. 35-39.

66. Вплив війни на психічне здоров'я-колосальний. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/vpliv-vijni-na-psihichnezdorovya-kolosalnij-viktor-lyashko>.

67. Галай О. В. Способи захисту прав пацієнтів в Україні: науково-практичний посібник. К, 2008. 74 с.

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

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

70. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я за законодавством України. *Вісник Національної академії правових наук України*. 2014. № 1 (76) С. 103–111.

71. Гладун З. С. До питання про зміст адміністративно-правових норм у сфері охорони здоров'я населення. *Науковий вісник Львівської комерційної академії. Серія : Юридична*. 2015. №. 2. С. 133-144.

72. Гомон Д. О. Сутність адміністративно-правового забезпечення охорони здоров'я. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2015. № 1. С. 66–67.
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pupch_2015_1_22.

73. Горохов С. В., Старинчук С. Д. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн. *Актуальні проблеми філософії та соціології*. 2016. № 9. С. 24–28.

74. Грищенко В. Г., Суховірська Л. П. Телемедицина в Україні, переваги та недоліки. Стан, досягнення та перспективи інформаційних систем і технологій. *Ватеріали XXII Всеукр. наук.-техн. конф. молодих вчених, аспірантів та студентів (м. Одеса, 21–22 квіт. 2022 р.)*. Одес. нац. технол. ун-т ; орг. ком: Б. В. Єгоров (голова) та ін. Одеса : ОНТУ, 2022. С. 231–232.

75. Гуторова Н. О. Правові засоби запобігання корупції у сфері надання медичної допомоги. Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку. Збірник статей наукових читань, присвячених пам'яті Гладуна Зіновія Степановича. Упоряд. д.ю.н., проф. І.Я. Сенюта, к.ю.н., доц. Х.Я. Терешко. Львів. Видавництво ЛОБФ «Медицина і право». 2022. 88 с.

76. ДБН В.2.2-10:2022 Заклади охорони здоров'я. Основні положення. URL: https://dreamdim.ua/wp-content/uploads/2023/03/DBN_V2-2-10_2022.pdf.

77. Деякі питання визначення середньострокових пріоритетних напрямів інноваційної діяльності галузевого рівня: Постанова Кабінету Міністрів України від 5 липня 2024 р. № 787. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/787-2024-%D0%BF#Text>.

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

79. Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб: постанова Кабінету Міністрів України від 05 липня 2024 року № 781. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-nadannia-posluh-z-medychnoho-obsluhovuvannia-naselennia-za-platu-vid-iurydychnykh-i-fizychnykh-osib-i050724-781>.

80. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>.

81. Деякі питання створення єдиного аеромедичного простору: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.03.2021 р. № 262. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/262-2021-%D0%BF#Text>.

82. Договір про функціонування Європейського Союзу, вчинений в Римі двадцять п'ятого дня березня місяця року одна тисяча дев'ятсот п'ятдесят сьомого. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_b06#Text.

83. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью / Всемирная организация здравоохранения. URL: <http://www.who.int/whr/2010/ru/>.

84. Доступ до медичних послуг в Україні після восьми місяців війни: система охорони здоров'я залишається стабільною, проте ключові медичні послуги та ліки стають все менш доступними. URL: <https://ukraine.un.org/uk/204466->

%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF-%D0%B4%D0%BE-%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D1%85-%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B3-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D0%BF%D1%96%D1%81%D0%BB%D1%8F-%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%8C%D0%BC%D0%B8-%D0%BC%D1%96%D1%81%D1%8F%D1%86%D1%96%D0%B2-%D0%B2%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8-%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0-%D0%BE%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8-%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%E2%80%99%D1%8F.

85. Доступ до системи охорони здоров'я в сільській місцевості під час війни в Україні. Аналітичний звіт «Médicos del Mundo, 2024. URL: https://khisr.kharkov.ua/wp-content/uploads/2024/05/Analitychnyy-zvit_Dostup-do-systemy-okhorony-zdorovia-v-silskiy-mistsevesti-pid-chas-viyny-v-Ukraini_Medicos-del-Mundo-2024_ukr.pdf.

86. Європейська соціальна хартія (переглянута), м. Страсбург, 3 травня 1996 року, ратифікована із заявами Законом № 137-V від 14.09.2006, ВВР, 2006, N 43, ст.418. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text.

87. Журавка О. С. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. *Вісник Сумського державного університету*. 2022. № 2. С. 50–58. DOI: <https://doi.org/10.21272/1817-9215.2022.2-05>.

88. За час повномасштабної війни в Україні пошкоджено 1642 об'єкти медзакладів та ще 214 – зруйновано повністю. URL: <https://moz.gov.ua/uk/za-chas-povnomasshtabnoyi-vijni-v-ukrayini-poshkodzheno-1642-ob-yekti-medzakladiv-ta-she-214-zrujnovano-povnistyu>.

89. Загальна декларація прав людини від 10.12.1948 р. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_015.

90. Загальна сума збитків, завдана інфраструктурі України, зросла до майже \$155 млрд — оцінка KSE Institute станом на січень 2024 року. URL: <https://kse.ua/ua/about-the-school/news/zagalna-suma-zbitkiv-zavdana-infrastrukturi-ukrayini-zroslo-do-mayzhe-155-mlrdotsinka-kse-institute-standom-na-sichen-2024-roku/>.

91. Звіт проведення первинної оцінки стану імплементації актів права Європейського Союзу (acquis ЄС). URL: https://eu-ua.kmu.gov.ua/wp-content/uploads/Zvit_UA.pdf.

92. Камінська Т. М., Нечипорук Л. В. Медичне страхування в Україні в контексті розвитку системи соціального страхування. *Вісник Національного університету "Юридична академія України імені Ярослава Мудрого"*. Сер. : *Економічна теорія та право*. 2014. № 4. С. 6-17.

93. Камінська Т. М., Ключко Т. Ю. Економічні та правові засади функціонування лікарняних кас у медичному страхуванні. *Вісник Національного університету "Юридична академія України імені Ярослава Мудрого"*. Сер. : *Економічна теорія та право*. 2014. № 1. - С. 111-121.

94. Карпишин Н.І. Обов'язкове медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи. *Економіка: проблеми теорії та практики* : зб. наук. праць. у 4-х томах. Дніпропетровськ : Вид-во ДНУ. 2004. Т. 1, вип. 190. 302 с.

95. Клепікова О. А. Інформаційно-аналітична модель процесу прийняття рішень для розвитку програм медичного страхування. *Бізнес Інформ*. 2021. DOI: <https://doi.org/10.32983/2222-4459-2021-1-119-133>.

96. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.1.12147>.

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

98. Коваль Ю. А. Державно-приватне партнерство як спосіб залучення інвестицій у сферу охорони здоров'я на прикладі створення центру малоінвазивної хірургії у місті Трускавець (фінансово-правовий аспект). *Розвиток медичного права України в контексті євроінтеграційних та глобалізаційних процесів: матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 10 грудня 2020 р.)*. Київ, 2021. С. 143–148.

99. Ковригіна В. Є. Адміністративно-правовий аспект права на охорону здоров'я. *Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ*. 2016. № 2 (99). С. 123–131.

100. Кожна п'ята людина в Україні має проблеми з доступом до основних лікарських засобів - Доктор Ярно Хабіхт, представник ВООЗ в Україні. URL: [https://ukraine.un.org/uk/240516-](https://ukraine.un.org/uk/240516-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%8F%D1%82%D0%B0-%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D0%BC%D0%B0%D1%94-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8-%D0%B7-%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BE%D0%BC-%D0%B4%D0%BE-)

[-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0-](https://ukraine.un.org/uk/240516-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%8F%D1%82%D0%B0-%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D0%BC%D0%B0%D1%94-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8-%D0%B7-%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BE%D0%BC-%D0%B4%D0%BE-)

[-%D0%BF%D1%8F%D1%82%D0%B0-](https://ukraine.un.org/uk/240516-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%8F%D1%82%D0%B0-%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D0%BC%D0%B0%D1%94-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8-%D0%B7-%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BE%D0%BC-%D0%B4%D0%BE-)

[-%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0-%D0%B2-](https://ukraine.un.org/uk/240516-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%8F%D1%82%D0%B0-%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D0%BC%D0%B0%D1%94-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8-%D0%B7-%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BE%D0%BC-%D0%B4%D0%BE-)

[-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-](https://ukraine.un.org/uk/240516-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%8F%D1%82%D0%B0-%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D0%BC%D0%B0%D1%94-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8-%D0%B7-%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BE%D0%BC-%D0%B4%D0%BE-)

[-%D0%BC%D0%B0%D1%94-](https://ukraine.un.org/uk/240516-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%8F%D1%82%D0%B0-%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D0%BC%D0%B0%D1%94-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8-%D0%B7-%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BE%D0%BC-%D0%B4%D0%BE-)

[-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8-](https://ukraine.un.org/uk/240516-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%8F%D1%82%D0%B0-%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D0%BC%D0%B0%D1%94-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8-%D0%B7-%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BE%D0%BC-%D0%B4%D0%BE-)

[-%D0%B7-](https://ukraine.un.org/uk/240516-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%8F%D1%82%D0%B0-%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D0%BC%D0%B0%D1%94-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8-%D0%B7-%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BE%D0%BC-%D0%B4%D0%BE-)

[-%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BE%D0%BC-](https://ukraine.un.org/uk/240516-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%8F%D1%82%D0%B0-%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D0%BC%D0%B0%D1%94-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8-%D0%B7-%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BE%D0%BC-%D0%B4%D0%BE-)

[-%D0%B4%D0%BE-](https://ukraine.un.org/uk/240516-%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%8F%D1%82%D0%B0-%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D0%BC%D0%B0%D1%94-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B8-%D0%B7-%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BF%D0%BE%D0%BC-%D0%B4%D0%BE-)

%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D1%85-
%D0%BB%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%8C%D0%BA%D
0%B8%D1%85-
%D0%B7%D0%B0%D1%81%D0%BE%D0%B1%D1%96%D0%B2-
%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%82%D0%BE%D1%80?afd_azwaf_tok=eyJhb
GciOiJSUzI1NiJ9.eyJhdWQiOiJ1a3JhaW5lLnVuLm9yZyIsImV4cCI6MTcyNjMwN
zQxNywiaWF0IjoxNzI2MzA3MTE3LCJpc3MiOiJ0aWVyMS03OWJmZDk2OGI4L
Wpzc2l4Iiwic3ViIjoiMTkzLjAuMjE4LjIiwiZGF0YSI6eyJ0eXBlljoiaXNzdWVkiI
wiczcmVmljoiMjAyNDAA5MTRUMDk0NTE3Wi0xNzliZmQ5NjhiOGpzc2l4OXllbnU
wY3puZzAwMDAwMDA2dzAwMDAwMDAwMXE0NTAiLCJljoiaXNzdWVkiIjoiUENFUkFBV
VtZVQydFglQ01wRjA1ZmI2UE9Ld2l2emhvLVZzOXRnc18wZyIsImgiOiJ1TE1p
VldTRXBqLWMyZjZMRGVvekVoclVieWJpTFJndWlXTk9za3EzcUVnIn19.FxcD
QF5591eM3RJwX5JPsAKQea3Ln_Du28i_keDkbfdSUFPYju6KMfIN35-
zOBxYr8l7UXpYHj4-vX6ae_MTCvVC4h-
ea6c2xx1ju9ouf4OY4_kwHf2lS4UdVMw98615n1425mrtHj9osU5fh0qTsXuQu6O
WNyeGjmK1hVig_mTWeu2lSsqoPS7M_9LQfWhlavUS3z-
kM6j6vYZ0wbbUbGAvlsh81TAgDJVGdYpCt7hPHJmIbhKAC4Fh0LxK2i0nDOg4
Jkk2jXy4oZglbAdcCkCr-pusxWHP1748q2aKuU-
xt_jCG1AGGX6aZhCYI5v4LL7wwXs0mF2DJMSdmiKGMvQ.WF3obl2IDtqgvMF
RqVdYkD5s.

101. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. *Економічний вісник Національного технічного університету України "Київський політехнічний інститут"*. 2018. № 15. С. 18-27. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/evntukpi_2018_15_5.
102. Конвенція про права дитини. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text.
103. Кондрат І. Ю. Проблеми запровадження та перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування в Україні. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2009. №3. С. 247-252. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemi->

zaprovadzhennya-ta-perspektivi-rozvitku-obovyazkovogo-medichnogo-strahuvannya-v-ukrayini.

104. Кондратенко Д. В. Фактори впливу на розвиток добровільного медичного страхування. *Бізнес Інформ*. 2021. № 4. С. 243–249. DOI: <https://doi.org/10.32983/2222-4459-2021-4-243-249>.

105. Кондратьєва І. М. Розвиток сільської медицини в Україні в сучасних умовах. *Державне будівництво*. 2022. № 2(32). С.118-127. URL: <https://periodicals.karazin.ua/db/article/view/22473/20703>.

106. Конституційне подання за зверненням 59 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: https://ccu.gov.ua/sites/default/files/3_667_0.pdf.

107. Конституція України від 28 червня 1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#n54>.

108. Корнілова О. В. Медична допомога як вид соціального забезпечення. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 081 – Право. Національний університет «Одеська юридична академія», Одеса, 2021. 262 с. URL: https://fpk.in.ua/images/biblioteka/3FMB_Pravo/Kornilova.Med.-dopomoha.pdf.

109. Кримінальний кодекс України від 5 квітня 2001 року № 2341-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#n1203>.

110. Криничко Л.Р., Петрик С.М., Криничко Ф.Р. Удосконалення правового механізму реалізації державно-приватного партнерства як інвестиційного проєкту в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 23. С. 131–137.

111. Куркова К. М. Адміністративні процедури: проблема нормотворчості (досвід України та США). *Порівняльно-аналітичне право*. 2019. № 6. С. 272-275.

112. Литвин Н.А., Мацелюх І.А., Артеменко О.В. Сучасний стан нормативно-правового забезпечення прав медичних працівників в Україні.

Науковий вісник Ужгородського Національного Університету. 2023. № 76 (1). С. 230–235.

113. Литвин О. П. Особливості надання медичної допомоги в умовах воєнного стану. *Прикарпатський юридичний вісник. 2022. № 1(42) С. 82-85.*

114. Литвиненко М.В. Принципи національної системи охорони здоров'я. Державне регулювання процесів економічного і соціального розвитку. *Теорія та практика державного управління. 2015. № 2 (49). С. 1-8.*

115. Литвиненко М.В. Принципи національної системи охорони здоров'я. Державне регулювання процесів економічного і соціального розвитку. *Теорія та практика державного управління. 2015. № 2 (49). С. 1-8.*

116. Лікування інсульту та інфаркту – безоплатне: майже 100 тис. пацієнтів отримали допомогу в 2023 році за Програмою медгарантій. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/likuvannia-insultu-ta-infarktu-bezoplatne-maizhe-100-tys-patsiientiv-otrymaly-dopomohu-v-2023-rotsi-za-prohramoiu-medharantii>.

117. Лісничка О. Права пацієнтів у міжнародних документах і національному законодавстві України. *Knowledge, Education, Law, Management. 2020. № 4 (32). С. 69-75. <https://doi.org/10.51647/kelm.2020.4.2.14>.*

118. Майданик Р. А. Єдиний медичний простір як ключовий стандарт прав людини і юридичний виклик у сфері охорони здоров'я України. *Медичне право. 2013. №1. С. 33–42.*

119. Майданик Р.А. Договір про надання медичних послуг. *Медичне право. 2010. №5 (1). С. 66-71.*

120. Майже 650 лікарень перебувають на тимчасово окупованих територіях, з ними МОЗ підтримує контакт і нараховує медикам зарплату — Ляшко. URL: <http://www.nrcu.gov.ua/news.html?newsID=99403>.

121. Майже 650 лікарень перебувають на тимчасово окупованих територіях, з ними МОЗ підтримує контакт і нараховує медикам зарплату — Ляшко URL: <http://www.nrcu.gov.ua/news.html?newsID=99403>.

122. Макарова О.В. Державні соціальні програми: теоретичні аспекти, методика розробки та оцінки : монографія. К. : Ліра-К, 2004. 328 с.

123. Максимович М.І., Литвин Н. А. Актуальні проблеми доступу до медицини під час воєнного стану. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2022. № 9. С. 330-332.

124. Маргасова В. Г. Медичне страхування та його роль у фінансовому забезпеченні стратегічного розвитку системи охорони здоров'я в умовах цифровізації. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2021. № 1. С. 165–170. DOI: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2021-290-1-29>.

125. Матвійів В. В. Рівні доступності послуг ланки первинної медичної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я: маркетинговий підхід. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2023. № 3(52). С. 403–434. DOI: [https://doi.org/10.18524/2413-9998.2022.3\(52\).275822](https://doi.org/10.18524/2413-9998.2022.3(52).275822).

126. Мельник Р. С. Новели сучасної концепції українського адміністративного права. *Lex portus*. 2017. № 5(7). С. 5-16.

127. Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf>.

128. Миронюк, І. С., Слабкий, Г. О., Білак-Лук'янчук, В. Й., Лопіт, В. В., Савчук, Л. М., Рожкова, І. В. Місце громадського здоров'я в стратегії розвитку системи охорони здоров'я України. до 2030 року (частина 1). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024. № (1). С. 39–48. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14624>.

129. Михайловська Н. С. Основні принципи організації терапевтичної допомоги при захворюваннях внутрішніх органів: навч. посіб. Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. 213 с.

130. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права від 16.12.1966 р. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_042.

131. МОЗ погодило плани розвитку госпітальних округів спроможної мережі медзакладів. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-pohodylo-planu-rozvytku-hospitalnykh-okruhiv-spromozhnoi-merezhi-medzakladiv>.

132. МОЗ погодило плани розвитку госпітальних округів спроможної мережі медзакладів. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-pohodylo-planu-rozvytku-hospitalnykh-okruhiv-spromozhnoi-merezhi-medzakladiv>.

133. Муляр Г. В. Адміністративно-правове забезпечення реалізації прав на охорону здоров'я: дис. на здоб. наук. ступ. докт. юрид. наук зі спец. 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. К.: ПВНЗ «Університет сучасних знань», НАУ, 2020. 565 с.

134. На 32% менше дітей народилось у 2023 році в Україні. URL: <https://opendatabot.ua/analytics/newborn-2023>.

135. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про забезпечення скринінгу і ранньої діагностики окремих видів раку та моніторингу стану здоров'я пацієнтів з груп ризику» від 05 серпня 2024 року № 1368, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 20 серпня 2024 року за № 1273/42618, 1274/42619, 1275/42620. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/RE42618Z>.

136. Нікітчина О. В. Обов'язкове медичне страхування: реалії та перспективи. *Економіка. Управління. Інновації. Серія : Економічні науки*. 2016. № 1. URL: <http://jnas.nbuv.gov.ua/article/UJRN-0000497303>.

137. Новосад Я. С. Сутність, принципи та правові основи медичного страхування в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер. : Економічні науки*. 2014. № 7(5). С. 60-63.

138. О политике в области обеспечения прав пациентов в Европе: Декларация. Принято Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994. URL: https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/Patients_rights_WHO.pdf.

139. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України 19 листопада 1992 року № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

140. Пазеєва Г. М. Сучасний стан розвитку медичного страхування в Україні та його місце в системі соціального захисту. *Вчені записки університету "КРОК". 2021. № 4. С. 36–46. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2021-64-36-46>*.

141. Пашков В. М. Державний сектор надання медичних послуг та забезпечення медичною допомогою. *Аптека. 2006. № 554(33). URL: <http://www.apteka.ua/article/3529>*.

142. Пашков В. М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. *Укр. мед. часопис. 2017. № 2. С. 1-6. URL: <https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2017/04/4550.pdf>*.

143. Петрихін В. П. Соціальні та правові проблеми при вирішенні питань доступності медичної допомоги населенню Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я: збірник матеріалів всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Запоріжжя, 30-31 травня 2023 р.). за заг. ред. Ю. М. Колесника. Запоріжжя : ЗДМФУ, 2023. С. 61-63.

144. Петрущак Б. Теоретичні аспекти категорії «антиблаго». *Вісник Львівського університету. Серія економічна. 2008. № 40. С. 210-214.*

145. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 - 2032 роки. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf.

146. План заходів на 2024-2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21 червня 2024 р. № 572-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/572-2024-%D1%80#Text>.

147. Положение о доступности медицинской помощи. 40-я Всемирная медицинская ассамблея. Вена, сентябрь 1988 г. URL: <https://xn--80aagahqwyibe8an.com/asotsiatsiya-medichna-vsесvitnya/polojenie-dostupnosti-meditsinskoypomoschi--20026.html>.

148. Положення про Міністерство охорони здоров'я України затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 р. № 90). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#n8>.

149. Попович Д. В. Функціонування системи медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Молодий вчений*. 2022. № 10. С. 64–70. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-10-110-14>.

150. Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 503 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 04 січня 2023 року № 16), зареєстрований в Міністерстві юстиції України 21 березня 2018 р. за № 347/31799. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>.

151. Порядок надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 вересня 2022 року № 1695, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 вересня 2022 р. за № 1155/38491. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1155-22#Text>.

152. Порядок надання паліативної допомоги, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04 червня 2020 року № 1308. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>.

153. Порядок надання первинної медичної допомоги, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>.

154. Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України 28 лютого 2020 року № 586. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0235-20#Text>.

155. Порядок раннього виявлення у дітей порушень розвитку або ризику їх виникнення і своєчасного направлення сімей з дітьми до надавачів послуги раннього втручання для отримання такої послуги, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. № 1392. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1392-2023-%D0%BF#Text>.

156. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2022 року № 1464. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1464-2022-%D0%BF#Text>.

157. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 22 грудня 2023 р. № 1394. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-%D0%BF#Text>.

158. Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>.

159. Правове регулювання діяльності у сфері охорони здоров'я під час війни: виклики сьогодення. *Матеріали VI Міжнародного Мед.-прав. форуму (25 листоп. 2022 р.)*. редкол: А. С. Сидоренко (головний редактор), В. М. Пашков, А. О Гаркуша та ін. ; НДІ вивч. проблем злочинності ім. акад. В. В. Сташиса НАПрН України ; Нац. юрид. ун-т ім. Ярослава Мудрого [та ін.]. Харків : Право, 2022. 124 с. DOI: <https://doi.org/10.31359/978-966-998-461-6>.

160. Про виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 жовтня 2017 р. № 1106 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1106-2017-%D0%BF#Text>.

161. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану: Закон України від 29 липня 2022 року № 2494-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2494-20#Text>.

162. Про державні лотереї в Україні: Закон України від 06.09.2012 року № 5204-VI URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5204-17>.

163. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

164. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 5 липня 2012 року № 5081-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>.

165. Про затвердження Дорожньої карти з впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні у 2021 - 2022 роках: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.12.2020 № 3018. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/492031___735116.

166. Про затвердження плану заходів з виконання рекомендацій Європейської Комісії, представлених у Звіті про прогрес України в рамках Пакета розширення Європейського Союзу 2023 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 9 лютого 2024 р. № 133-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2024-%D1%80#Text>.

167. Про затвердження Положення про мультидисциплінарну команду при закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам із онкологічними захворюваннями: проект наказу МОЗ. URL:

<https://moz.gov.ua/uk/povidomlennya-pro-oprilyudnennya-ministerstvom-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini-na-gromadske-obgovorennya-proponuyetsya-proekt-nakazu-pro-zatverdzhennya-polozhennya-pro-multidisciplinarnu-komandu-pri-zakladah-ohoroni-zdorov-ya-sho-nadayut-specializovanu>.

168. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.07.2016 р. № 801 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#n9>.

169. Про затвердження Порядку організації роботи мобільних (пересувних) бригад тестування та забору біологічного матеріалу для діагностики гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.08.2021 № 1697 URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/MN024432?q=>.

170. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.02.2018 № 178/24 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18#Text>.

171. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2023 року № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text>.

172. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>.

173. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 6 вересня 2022 року № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#n59>.

174. Про систему онкологічної допомоги населенню України: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.10.2013 р. № 845 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0077-14#Text>.

175. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» від 30 липня 2021 року, рішення Ради національної безпеки і оборони України, введене в дію

Указом Президента України від 18 серпня 2021 року № 369/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#n2>.

176. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2024-2026 роках: розпорядження Кабінету Міністрів України; Стратегія, План, Заходи від 17 січня 2025 року № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/34-2025-p>.

177. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2024-2026 роках: Проект розпорядження Кабінету Міністрів України URL: <https://moz.gov.ua/uk/povidomlennja-pro-opriljudnennja-proektu-rozporjadzhennja-kabinetu-ministriv-ukraini-pro-shvalennja-strategii-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorov%E2%80%99ja-do-2030-roku-ta-zatverdzhennja-operacijnog-planu-ii-realizacii-u-2024-2026-rokah>.

178. Про Урядовий офіс координації європейської та євроатлантичної інтеграції: Постанова Кабінету Міністрів України від 4 жовтня 2017 р. № 759 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/759-2017-%D0%BF#Text>.

179. Програма медичних гарантій 2023: стійкість та розвиток попри війну. URL: https://health.kyivcity.gov.ua/files/2023/4/10/pr_2023.pdf.

180. Проект «Сталий розвиток національних систем охорони здоров'я» (LHSS) у межах проекту USAID «Integrated Health Systems IDIQ». Березень 2023 року. Телемедицина в Україні: ситуаційний аналіз. Роквіль, штат Меріленд: Abt Associates. 70 с. URL: https://www.lhssproject.org/sites/default/files/resource/2023-05/LHSS_UKRAINE_FY23_Landscape%20Assessment%20of%20Telemedicine%20in%20Ukraine_Ukr.pdf.

181. Проект Операційного плану реалізації у 2024-2026 роках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%93%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B5%20%D0%BE%D0%B1%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F/>

2024/04-2024/05-04-2024/4/%D0%9E%D0%BF%D0%B5%D1%80-
%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD_03-04-2024.pdf.

182. Проєкт Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року.
URL:

https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%93%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B5%20%D0%BE%D0%B1%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F/2024/04-2024/05-04-2024/4/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82-2030_29-02-2024-%D1%84%D1%96%D0%BD%D0%B0%D0%BB.pdf.

183. Проневич О. С., Берлач А. І., Мацелюх І.А. Доктринально-правові основи обігу медичного канабісу в Україні. *Журнал східноєвропейського права*. 2024. № 129. С. 27-39.

184. Реабілітація протягом перших трьох років життя для немовлят, які народились передчасно та/або хворими. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/reabilitatsiia-protiahom-pershykh-trokh-rokiv-zhyttia-dlia-nemovliat-iaki-narodylys-peredchasno-taabo-khvorymy>.

185. Рішення ЄСПЛ у справі «Арская проти України» (Arskaya v. Ukraine) від 5 грудня 2013 року, заява № 45076/05. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/ukr?i=001-138590>.

186. Рішення ЄСПЛ у справі «Релігійна громада Свідки Єгови м. Москва та інші проти РФ» (Jehovah's Witnesses of Moscow and others v. Russia) від 10 червня 2010 року № 22/11/2010. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-99221>.

187. Рішення ЄСПЛ у справі Шторк проти Німеччини» (Storck v. Germany) від 16 червня 2005 року, заява № 61603/00. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/ukr?i=001-69374>.

188. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» (справа про платні

медичні послуги) від 25 листопада 1998 року №15-рп/98. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v015p710-98#Text>.

189. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 50 народних депутатів України про офіційне тлумачення положень частини третьої статті 53 Конституції України "держава забезпечує доступність і безоплатність дошкільної, повної загальної середньої, професійно-технічної, вищої освіти в державних і комунальних навчальних закладах" (справа про доступність і безоплатність освіти) від 4 березня 2004 року № 5-рп/2004. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v005p710-04#Text>.

190. 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 травня 2002 року №10-рп/2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#n54>.

191. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 49 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) пункту 12 розділу I Закону України "Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких законодавчих актів України" від 28 грудня 2014 року № 76-VIII вид 22. 05. 2018 р. № 5- р/2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v005p710-18#Text>.

192. Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 22 грудня 2023 року «Щодо профілактики, ранньої діагностики та лікування злоякісних новоутворень», затвердженого Указом Президента України від 22 грудня 2023 року № 842/2023. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/8422023-49329>.

193. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Національної стратегії контролю злоякісних новоутворень на період до 2030 року та затвердження плану дій з її реалізації на період до 2025 року» від 2 серпня 2024 р. № 730-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/730-2024-%D1%80#Text>.

194. Савка І. Г., Калинюк Н. М. Про права медичних працівників під час надання медичної допомоги в контексті реформування системи охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 1 (79). С. 62–67.
195. Семигіна Т. В., Осейчук О. Ю. Зменшення несправедливості у сфері охорони здоров'я: популізм, прагматизм чи суспільний консенсус? *Наукові записки Наукма*. 2016. № 186. С. 38-42.
196. Сенюта І. Я. Право людини на медичну допомогу: деякі теоретикопрактичні аспекти / Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). *Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (17—18.04.2008 м. Львів)*. Львів. 2018. С. 277-283.
197. Сенюта І. Я. Цивільно-правове регулювання відносин у сфері надання медичної допомоги: питання теорії і практики : монографія. Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2018. 640 с.
198. Система охорони здоров'я в Україні. URL: <https://uareforms.org/pages/new-page-655>.
199. Скалецька З. С. Співвідношення права на охорону здоров'я та права на медичну допомогу. *Наукові записки НаУКМА*. 2009. № 90. С. 91-93.
200. Смертність в Україні. URL: <https://opendatabot.ua/open/death-statistics>.
201. Совгиря О.В., Янчук А.О. Право на безоплатну медичну допомогу в Україні та в зарубіжних країнах: сутність, межі, проблеми реалізації. *Світ медицини і біології*. 2018. №4 (66). С. 92-100. DOI 10.26724/2079-8334-2018-4-66-93-100. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravo-na-bezoplatnu-medichnu-dopomogu-v-ukrayini-ta-v-zarubizhnih-krayinah-sutnist-mezhi-problemi-realizatsiyi>.
202. Соловійова О. М. Доступність медичної допомоги. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2017. № 4. с. 109-112.
203. Співак М. В. Правове регулювання адміністративної відповідальності в галузі охорони здоров'я населення: автореф. дис. на здоб.

наук. ступ. канд. юрид. наук зі спец. 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. К., 2010. 16 с.

204. Спроможна мережа медзакладів. URL: <https://moz.gov.ua/uk/spromozhna-merezha>.

205. Спроможна мережа медзакладів. URL: <https://moz.gov.ua/uk/spromozhna-merezha>.

206. Статистика створення медичних висновків про народження дитини. НСЗУ. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/emalyatko-composition-stats>.

207. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні: тези до нормативно-правового забезпечення. *Публічне право*. 2013. № 2. С. 57-63.

208. Стеценко С. Г. Принципи державного управління у сфері охорони здоров'я. Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку. Збірник статей наукових читань, присвячених пам'яті Гладуна Зіновія Степановича. Упоряд. д.ю.н., проф. І.Я. Сенюта, к.ю.н., доц. Х.Я. Терешко. Львів. Видавництво ЛОБФ «Медицина і право». 2022. 88 с.

209. Стеценко С., Шатковський Я. Правові принципи забезпечення доступності медичної допомоги: визначення та класифікація. *Публічне право*. 2021. № 3 (43). С. 127-134.

210. Стецюк Т. Фінансові основи побудови системи охорони здоров'я на засадах страхової медицини. *Страхова справа*. 2008. № 2 (30). С. 72-73.

211. Стратегія демографічного розвитку України на період до 2040 року. URL: <https://www.msp.gov.ua/projects/870/>.

212. Тлуста Г. Медичне страхування в реформуванні системи охорони здоров'я України. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка*. 2014. № 3. С. 65-70.

213. Топорецька З. М. Зарубіжний досвід реалізації соціальної функції публічного управління гральним бізнесом. *Baltic Journal of Legal and Social Sciences*. 2022. № 2. С. 211-216.

214. Топорецька З. М. Лотереї: 50 питань і відповідей: наук.-практ. вид. за наук. ред. д. ю.н., проф. М. А. Погорецького. Київ: Алерта, 2019. 222 с.
215. Топорецька З. М. Соціальна функція в системі функцій публічного управління гральним бізнесом. *Приватно-правові механізми захисту прав людини: матеріали міжкафедрального науково-теоретичного круглого столу, (Київ, 10 грудня 2021 року)*. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2021. С. 168–171.
216. Топорецька З. М., Білан С. Ю. Особиста доступність медичної допомоги і вільний вибір пацієнтом лікаря та методів лікування в практиці ЄСПЛ. *Збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції «Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод в контексті 75-річної діяльності Ради Європи» (м. Хмельницький, 08 листопада 2024 року)*. Хмельницький : Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова, 2024. С. 117-119.
217. Топорецька З. М., Важинський В. М. Щодо розуміння поняття «відповідальне ведення бізнесу» та його значення для охорони суспільних інтересів в адміністративному праві. *International scientific conference «Development trends in legal science and education of Ukraine in the context of European integration»: conference proceedings (November 1–2, 2023. Częstochowa, the Republic of Poland)*. Riga, Latvia: «Baltija Publishing», 2023. P. 156–159. URL: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-372-9-40>.
218. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 12. С. 43–47. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2019.12.43>.
219. У 2013 році онкохворі діти на 100% були забезпечені необхідними ліками. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/247044689>.
220. У 2024 р. обсяг медичних послуг, що фінансується державою, збільшиться. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/u-2024-r-obsiah-medychnykh-poslugh-shcho-finansuietsia-derzhavoiu-zbilshytsia-viktor-liashko>.
221. У Києві запустили п'ять мобільних бригад, які допомагатимуть постраждалим від домашнього насильства . URL:

https://kyivcity.gov.ua/news/u_kiyeви_zapustili_pyat_mobilnikh_brigad_yaki_dopomogatimut_postrazhdalim_vid_domashnogo_nasilstva/.

222. У МОЗ назвали кількість зруйнованих об'єктів медзакладів за час повномасштабної війни. URL: <https://novynarnia.com/2024/07/22/u-moz-nazvaly-kilkist-zrujnovanyh-obyektiv-medzakladiv-za-chas-povnomasshtabnoyi-vijny/>.

223. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, ратифікована із заявою Законом № 1678-VII від 16.09.2014. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text.

224. Україна отримала статус кандидата на членство в ЄС. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/ukrayina-otrimala-status-kandidata-na-chlenstvo-v-yes>.

225. Устименко, В. А., Россильна, О. В. Роль публічно-приватного партнерства в оптимізації сфери охорони здоров'я (на прикладі персоналізованої медицини): ризики і перспективи. *Правовий часопис Донбасу*. 2024. № 2(4). С. 45–51. <https://doi.org/10.32782/2523-4269-2022-81-4-2-45-51>.

226. Хартія Європейського Союзу про основоположні права від 7 грудня 2000 р. URL: <https://ccl.org.ua/posts/2021/11/hartiya-osnovnyh-prav-yevropejskogo-soyuzu/>.

227. Шатковський Я. Доступність медичної допомоги: адміністративно-правові засади забезпечення. *Visegrad Journal on Human Rights*. 2019. № 6 (1). С. 253-256.

228. Шатковський Я. М. Стандартизація у системі обов'язкового медичного страхування в Україні (адміністративно-правовий аспект): дис. на здоб. наук. ступ. канд. юрид. наук зі спец. 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. Київ, 2009. 206 с.

229. Шатковський Я. Медична реформа та забезпечення доступності первинної медичної допомоги: адміністративно-правові засади. *Публічне право*. 2018. № 1 (29). С. 158-164.

230. Швець Ю. Ю. Адміністративно-правове забезпечення охорони здоров'я України: сучасні виклики та шляхи оптимізації. *Zenodo*. 2020. С. 202-207. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.4433079>.

231. Шевчук Н. В. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні: дис. на здоб. наук. ступ. канд. юрид. наук зі спец. 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. Київ: Нац. ун-т біоресурсів і природокористування, 2015. 200 с.

232. Шевчук Р. В. Державно-управлінські рішення для розвитку мережі закладів охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2023. № 1 (34). С. 168-173.

233. Шевчук Р. Особливості реалізації механізмів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*, (4(64), 109-114. [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-4\(64\)-14](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-4(64)-14).

234. Шушпанов Д. Доступність та якість медичних товарів та послуг в Україні: соціально-економічний аспект. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2018. № 23. С. 118-125.

235. Що входить до пакету безоплатної неонатальної допомоги. URL: <https://moz.gov.ua/uk/scho-vhodit-do-paketu-bezoplatnoi-neonatalnoi-dopomogi>.

236. Щукін О. С., Наньєва М. І. Відмова лікуючого лікаря від надання медичної допомоги пацієнту в контексті права на медичну допомогу. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2023. № 4. С.83-91.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Білан С. Ю. Впровадження черги пацієнтів як інструмент забезпечення державою своєчасності надання медичної допомоги. *Вісник кримінального судочинства*. 2021. № 3–4. С. 122–128.
2. Білан С. Ю. Адміністративно-правові засади забезпечення доступності медичної допомоги для населення в умовах воєнного стану. *Вісник кримінального судочинства*. 2022. № 3–4. С. 158–163.
3. Білан С. Ю. Спроможна мережа закладів охорони здоров'я: проблеми забезпечення доступності медичної допомоги. *Вісник кримінального судочинства*. 2023. № 3–4. С. 244–249.
4. Toporetska, Z., Shcherbyna, L., Denysenko, O., **Bilan, S.**, & Kryshtafovych, O. Legal mechanisms for gambling addiction protection: analysis of an emerging regulatory model in Ukraine. *Amazonia Investiga*. 2024. Vol. 13. Iss. 78. P. 242–249 (Web of Science).
5. Bilan S. The content of accessibility of medical care in Ukraine. *Baltic Journal of Legal and Social Sciences*. 2024. № 3. С. 6–12 (Латвійська Республіка).
6. Білан С. Ю. Вдосконалення забезпечення доступності медичної допомоги у період дії правового режиму воєнного стану. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету*. 2025. Вип. 87. Ч. 2. С. 305–311.

які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Білан С.Ю. Вплив корупційних ризиків на забезпечення доступності медичної допомоги. *Корупційні ризики в Україні: актуальні шляхи їх недопущення та подолання*: міжнародна науково-практична конференція. Науково-дослідний інститут публічного права, (Львів-Торунь, 8 жовт. 2024 р.). Львів–Торунь: Liha-Pres, 2024. С. 11–14.

8. Топорецька З.М., **Білан С.Ю.** Особиста доступність медичної допомоги і вільний вибір пацієнтом лікаря та методів лікування в практиці ЄСПЛ. *Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод в контексті 75-річної діяльності Ради Європи: збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції* (Хмельницький, 8 листоп. 2024 р.). Хмельницький: Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова, 2024. С. 114–116.

9. **Білан С.Ю.**, Топорецька З.М. Адміністративно-правові засади забезпечення територіальної доступності медичної допомоги. *Розвиток сталої мобільності: глобальні та локальні рішення: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції* (Кропивницький, 15 листоп. 2024 р.). Кропивницький, 2024. С. 16–19.

10. Білан С.Ю. Джерела забезпечення розширення доступності медичної допомоги у період післявоєнного відновлення та відбудови України. *Theoretical foundations of law, public management and practice of their application: International scientific conference* (Riga, the Republic of Latvia, December 25–26, 2024). Riga, Latvia: Baltija Publishing, 2024. С. 78–82.

11. Білан С. Ю. Правові засади забезпечення фінансової доступності медичної допомоги. *Current Issues of the World Economy, International Economic Relations and International Communications Amidst the Formation of a New World Order and Polarization of the World: International scientific-practical conference* (Riga, the Republic of Latvia, March 24–25, 2025). Vol. 1. Riga, Latvia: Baltija Publishing, 2025. С. 233–237.

12. Білан С. Показники забезпечення права на особисту доступність медичної допомоги. *Право. Комунікація. Суспільство. Law. Communication. Society. Das Recht. Die Kommunikation. Die Gesellschaft. Le Droit. La Communication. La Société: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти (українською та іноземними мовами)* (Львів, 4 квіт. 2025 р.). Львів: ЛьвДУВС, 2025. С. 332–334.

ЗАКОН УКРАЇНИ

Про внесення змін до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (щодо доступності медичної допомоги)

Верховна Рада України **постановляє:**

I. Внести до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19) такі зміни:

1. Доповнити статтею 32-1 такого змісту:

«Стаття 32-1. Доступність медичної допомоги

1. Доступність медичної допомоги розуміється є конституційним правом громадянина та принципом державної політики у сфері охорони здоров'я (принцип охорони здоров'я).

2. Доступність медичної допомоги є гарантованим Конституцією України правом громадян, яке передбачає надання безоплатно в будь-яких державних та комунальних закладах охорони здоров'я, які є територіально зручними (доступними) для особи, медичної допомоги кожному, хто її потребує, в обсязі, який необхідний в конкретний період часу відповідно до стану здоров'я громадян.

3. Доступність медичної допомоги є однією з основних (керівних) ідей, положень, які виступають основою для формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я щодо забезпечення особистої, територіальної та фінансової доступності.

Особиста доступність передбачає забезпечення державою рівного доступу до медичної допомоги для всіх, хто її потребує, в обсязі, який особа потребує та вчасно. Фінансова доступність передбачає гарантування державою безоплатності медичної допомоги для всіх пацієнтів в однаковому обсязі в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Територіальна

доступність – наявність розвинутої спроможної мережі ЗОЗ, яка спроможна забезпечити потребу населення на певній території всіма видами медичної допомоги в обсязі, який їм необхідний».

II. Прикінцеві положення

1. Цей Закон набирає чинності з дня, наступного за днем його опублікування.



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

вул. М.Грушевського, 7, м. Київ, 01601, тел. (044) 253-61-94, E-mail: moz@moz.gov.ua,
web: <http://www.moz.gov.ua>, код ЄДРПОУ 00012925

від 26.09.24 р. № 23/37127/2-24

ДОВІДКА

про впровадження у практичну діяльність
Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України
наукових розробок дисертаційного дослідження
Білана Станіслава Юрійовича
на тему: «Адміністративно-правові засади забезпечення доступності
медичної допомоги»

Основні результати, висновки та пропозиції дисертаційного дослідження Білана Станіслава Юрійовича, викладені в наукових публікаціях, використовуються у практичній діяльності Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України під час розробки в межах компетенції проєктів нормативно-правових актів.

Практичний інтерес становлять пропозиції С. Ю. Білана, які викладені і у таких наукових публікаціях:

1. Білан С. Ю. Впровадження черги пацієнтів як інструмент забезпечення державою своєчасності надання медичної допомоги. Вісник кримінального судочинства. 2021. № 3-4. С. 122-128. DOI: <https://doi.org/10.17721/2413-5372.2021.3-4/122-128>.
2. Білан С. Ю. Адміністративно-правові засади забезпечення доступності медичної допомоги для населення в умовах воєнного стану. Вісник кримінального судочинства. 2022. № 3-4. С. 158-163. DOI: <https://doi.org/10.17721/2413-5372.2022.3-4/159-164>.
3. Bilan S. The content of accessibility of medical care in Ukraine. Baltic Journal of Legal and Social Sciences, 2024, № 3, С. 6-12. DOI: <https://doi.org/10.30525/2592-8813-2024-3-1>.

Директор департаменту
медичних послуг

Тетяна ОРАБІНА

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. Президента Науково-дослідного
інституту публічного права,
доктор юридичних наук, професор



Сергій КОРОСД

« 1 » жовтня 2025 р.

А К Т

**впровадження результатів дисертаційного дослідження
Білана Станіслава Юрійовича на тему «Адміністративно-правові
засади забезпечення доступності медичної допомоги» у науково-дослідну
діяльність Науково-дослідного інституту публічного права**

Комісія в складі: заступника директора Інституту з наукової роботи, доктора юридичних наук, професора (голова комісії) Гаруста Юрія Віталійовича (голова комісії), провідного наукового співробітника, доктора юридичних наук, старшого дослідника Шкарупи Костянтина Вікторовича, провідного наукового співробітника, доктора юридичних наук, професора Луценко-Миськів Лесі Ігорівни склала цей акт про те, що матеріали дисертаційного дослідження Білана Станіслава Юрійовича на тему «Адміністративно-правові засади забезпечення доступності медичної допомоги» мають необхідний теоретичний, методологічний рівень і практичну значимість та використовуються у науково-дослідній діяльності наукових відділів Науково-дослідного інституту публічного права під час проведення загальнотеоретичних і галузевих досліджень, спрямованих на вирішення теоретико-методологічних проблем адміністративно-правових засад забезпечення доступності медичної допомоги та використовуються Інститутом в межах реалізації науково-дослідної теми «Правове забезпечення прав, свобод та законних інтересів суб'єктів публічно-правових відносин» (номер державної реєстрації №0120U105390).

Використання результатів дисертації сприятиме активізації та підвищенню ефективності наукової роботи працівників відділів та аспірантів Науково-дослідного інституту публічного права.

ВИСНОВОК

Результати дисертаційного дослідження Білана Станіслава Юрійовича на тему «Адміністративно-правові засади забезпечення доступності медичної допомоги» вважати впровадженими у науково-дослідну діяльність Науково-

дослідного інституту публічного права, під час проведення загальнотеоретичних і галузевих досліджень, спрямованих на вирішення теоретико-методологічних проблем адміністративно-правових засад забезпечення доступності медичної допомоги.

Голова комісії:

Юрій ГАРУСТ

Члени комісії:

Костянтин ШКАРУПА

Леся ЛУЦЕНКО-МИСЬКІВ