

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

Кваліфікаційна наукова праця на  
правах рукопису

**ЗАХАРЧУК ВІКТОРІЯ ВІКТОРІВНА**

УДК 351.77(477)

**ДИСЕРТАЦІЯ  
ПУБЛІЧНЕ АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО  
ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ**

081 – Право

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

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

\_\_\_\_\_ **В.В. Захарчук**

Науковий керівник: **Стрельченко Оксана Григорівна**, доктор юридичних наук, професор

**Київ – 2021**

## АНОТАЦІЯ

*Вікторія Захарчук.* Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 081 – Право. – Національна академія внутрішніх справ, Київ, 2021.

У дисертації висвітлено публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Україні.

Генезис становлення та розвитку сфери медичного обслуговування в Україні пройшов досить не легкий шлях, в основу якого покладено такі етапи його історичного розвитку: первісний (600 млн. років тому до XII–VI тис. до н. е.); Київської Русі (IX ст. до XIII ст.); Польсько-Литовський (включаючи козацьку державність) (XIV до першої половини XVII ст.); Імперський (включає правління Петра I, Катерини II та Миколи II (XVIII – до XIX ст.); Радянський (XX ст.); Української самостійності (друга половина XX ст.); Сучасної України (початок XXI ст. – донині). Обґрунтовано, що кожен із зазначених етапів генезису медичного обслуговування населення має свої доктринальні особливості.

Під медичним обслуговуванням населення розуміється цілеспрямована та організаторська діяльність ліцензованих закладів охорони здоров'я та/або сертифікованих кваліфікаційних медичних працівників з метою надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг.

Державна політика у сфері медичного обслуговування населення визначена як сукупність загальнодержавних рішень та зобов'язань, які приймаються з метою збереження громадського здоров'я за допомогою надання медичних послуг щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку із хворобами, травмами, отруєннями та патологічними станами, а також у зв'язку із вагітністю та пологами. Визначено основні ознаки державної політики у сфері медичного обслуговування населення. Разом з тим

виокремлено основні напрямки державної політики медичного обслуговування населення, якими є: по-перше, надання якісних медичних послуг, орієнтацією на які визначатиметься громадське здоров'я; по-друге, переорієнтація функціонування закладів медичного обслуговування населення на профілактичну та діагностичну діяльність; по-третє, метою якісного медичного обслуговування населення є формування здорового способу життя; по-четверте, удосконалення механізмів фінансування сфери медичного обслуговування населення; по-п'яте, удосконалення та розширення кількості нозологій відповідно до Програми медичних гарантій (гарантований пакет медичних послуг); по-шосте, переобладнання структури сфери медичного обслуговування населення з формуванням належної мережі медичних установ; по-сьоме, багаторівневе реформування функцій медичного обслуговування населення (первинного, вторинного та третинного рівнів); по-восьме, створення належної базової підготовки для адміністрування у сфері медичного обслуговування населення; по-дев'яте, удосконалення нормативно-правової бази, яка врегульовуватиме сферу медичного обслуговування населення; по-десяте, впровадження наукового супроводу сучасної моделі публічного адміністрування сферою медичного обслуговування населення.

Сформульовано, що механізм публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення – це система взаємозалежних, взаємообумовлених і взаємозв'язаних структурних елементів, за допомогою яких суб'єкти, наділені державно-владними повноваженнями (органи публічної адміністрації), забезпечують надання медичного обслуговування населенню з метою задоволення публічного інтересу. Умотивовано, що елементами механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є такі: сукупність нормативно-правових актів, які визначають правовий статус суб'єкта і об'єкта, та засоби адміністрування.

Обґрунтовано, що нормативно-правове забезпечення сфери медичного обслуговування населення є комплексом правових настанов, які втілюються в життя за допомогою юридичних норм, тим самим реалізуючи права громадян на якісне медичне обслуговування, метою якого є забезпечення життєдіяльності

населення та збереження його здоров'я. Виокремлено класифікаційні групи нормативно-правового забезпечення медичного обслуговування населення залежно від конкретної сфери та предмета цього забезпечення, а саме: акти, які спрямовані на надання медичних послуг та медичної допомоги; акти, які формують взаємовідносини закладів охорони здоров'я із пацієнтами; акти, які врегульовують характерологічні суспільні відносини у сфері медичного обслуговування населення; акти, які встановлюють юридичну відповідальність за порушення норм у сфері медичного обслуговування населення.

Під публічним адмініструванням у сфері медичного обслуговування населення розуміється сукупність незалежних публічно-правових суб'єктів сфери медичного обслуговування населення, які наділені державно-владними повноваженнями, що реалізуються з метою надання медичних та інших публічних послуг задля забезпечення та збереження здоров'я людини. Сформульовано основні ознаки публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення і подано класифікацію суб'єктів цього адміністрування у сфері медичного обслуговування населення відповідно до їхніх повноважень на: а) суб'єкти із загально-публічними повноваженнями; б) суб'єкти із консультативно-дорадчими повноваженнями; в) суб'єкти із спеціалізовано-публічними повноваженнями. Обґрунтована доцільність створення суб'єкта публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, а саме: Державної санітарно-епідеміологічної інспекції, основними повноваженнями якої буде формування державної політики у сфері забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення в країні та здійснення контрольно-наглядових функцій щодо їх реалізації. З метою підтвердження доцільності створення зазначеного суб'єкта публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення нами проведено анкетування пересічних громадян та медичних працівників, яке продемонструвало, що 93% повною мірою підтримують цю пропозицію, 6% - не підтримують та не вбачають у цьому необхідності і 1% - утрималися від відповіді.

На зразок міжнародної системи медичного обслуговування населення запропоновано авторську кваліфікацію, яка виокремлює бюджетну систему медичного обслуговування населення (є характерною для Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канади, Австралії, Греції, Грузії), приватну систему медичного обслуговування населення (є характерною для США), страхову систему медичного обслуговування населення (є характерною для Японії та змішану систему медичного обслуговування населення (є характерною для Австралії, Франції, Нідерландів).

Аргументовані та охарактеризовані основні напрямки ефективності публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, якими є: 1) діджиталізація у сфері медичного обслуговування населення; 2) розвиток навчальної та науково-дослідної діяльності під час підготовки фахівців у сфері медичного обслуговування населення; 3) удосконалення належного фінансування сфери медичного обслуговування населення; 4) впровадження якісної кадрової політики у сфері медичного обслуговування населення; 5) покращення санітарного та епідемічного благополуччя населення; 6) розвиток сфери трансплантології. Разом з тим визначено їхні особливості. Відповідно до представленої класифікації доведена необхідність запровадження Єдиного реєстру трансплантології, який включатиме в себе такі дані: 1) про донорів або уповноважених осіб, які надали згоду на пересадку органів особисто або, за потреби, їх родичів; 2) реєстр медичних закладів, які ліцензовані на проведення трансплантології; 3) реєстр фахівців-трансплантологів; 4) реєстр договорів про проведення трансплантації; 5) реєстр сумісності органів та анатомічних частин; 6) реєстр осіб із пересадженими органами та анатомічними матеріалами; 7) реєстр посттрансплантаційних ускладнень та смертей донорів і реципієнтів тощо. Також запропоновано затвердити Концепцію впровадження електронного медичного обслуговування населення. Позицію щодо необхідності затвердження Концепції підтвердили 58 % проінтерв'ююваних осіб із числа медичних працівників та 40% пересічних громадян, 5% утрималися від відповіді і 10% не підтримують представлену позицію.

З метою удосконалення нормативно-правового врегулювання сфери медичного обслуговування населення запропоновано ряд змін та доповнень до чинного законодавства у досліджуваній сфері.

**Ключові слова:** медичне обслуговування, публічне адміністрування, публічна адміністрація, механізм публічного адміністрування, трансплантологія, сфера медичного обслуговування населення, суб'єкти публічного адміністрування.

## ANTOTATION

*Victoria Zakharchuk*. Public administration in the field of medical care in Ukraine. - Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the doctor of philosophy on a specialty 081 - the Law. - National Academy of Internal Affairs, Kyiv, 2021.

The dissertation covers public administration in the field of medical care in Ukraine.

The genesis of the formation and development of medical care in Ukraine has not been easy, which is based on the following stages of its historical development: the original (600 million years ago to XII-VI millennium BC); Kievan Rus (IX century to XIII century); Polish-Lithuanian (including Cossack statehood) (XIV to the first half of the XVII century); Imperial (includes the reigns of Peter I, Catherine II and Nicholas II (XVIII - to the XIX century); Soviet (XX century.); Ukrainian independence (second half of the XX century.); Modern Ukraine (early XXI century - to this day). that each of these stages of the genesis of medical care has its own doctrinal features.

Medical care is understood as purposeful and organizing activity of licensed health care institutions and / or certified qualified medical workers in order to provide quality, effective and safe medical services.

Public policy in the field of health care is defined as a set of national decisions and commitments made to preserve public health through the provision of medical services for the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of diseases, injuries, poisonings and pathological conditions, as well as in connection with pregnancy and childbirth. The main features of the state policy in the field of medical care are identified. At the same time, the following main directions of the state policy of medical care of the population are singled out, which are: first, the provision of quality medical services which will be guided by public health; secondly, the reorientation of the functioning of medical institutions of medical care to their preventive and diagnostic activities; thirdly, the purpose of quality medical care is to

form a healthy lifestyle; fourth, improving the mechanisms of financing the field of medical care; fifth, improvement and expansion of the number of nosologies in accordance with the Medical Guarantees Program (guaranteed package of medical services); sixth, re-equipment of the structure of the sphere of medical care with the formation of an appropriate network of medical institutions; seventh, multi-level reform of the functions of medical care (primary, secondary and tertiary levels); eighth, the establishment of appropriate basic training for administration in the field of health care; ninth, improvement of the regulatory framework that will regulate the field of medical care; tenth, the introduction of scientific support of the modern model of public administration in the field of health care.

It is formulated that the mechanism of public administration in the field of medical care is a system of interdependent, interdependent and interconnected structural elements, through which entities endowed with state powers (public administration bodies) and provide medical care to meet public interest. It is motivated that the elements of the mechanism of public administration in the field of medical care are: a set of regulations that determine the legal status of the subject, object and means of administration.

It is substantiated that the normative-legal provision of the sphere of medical care is a set of legal guidelines, which are realized by means of legal norms realizing the rights of citizens to high-quality medical care which aims to preserve the vital activity and health. Classification groups of normative-legal provision of medical care of the population depending on the subject of legal provision of the sphere of medical care of the population are singled out, namely: acts aimed at providing medical services and medical care; acts that form the relationship of health care institutions with patients; acts that regulate characterological social relations in the field of medical care; acts that establish legal liability for violation of norms in the field of medical care.

Public administration in the field of public health care means a set of independent public law entities in the field of public health care, which are endowed with state powers exercised to provide medical and other public services to ensure and preserve human health.

The main features of public administration in the field of medical care are formulated. At the same time, the subjects of public administration in the field of medical care are classified in accordance with their powers to: a) subjects with general public powers b) subjects with advisory powers: c) subjects with specialized - public powers. The expediency of creating a subject of public administration in the field of public health services, namely: State Sanitary and Epidemiological Inspectorate, whose main powers will be the formation of state policy in the field of sanitary and epidemiological well-being in the country and control over their implementation. In order to confirm the feasibility of creating this entity of public administration in the field of health care, our survey of ordinary citizens and health professionals showed that 93% fully support this proposal, 6% - do not support and do not see the need and 1% - refrained from answering.

As an example of the international system of medical care, the author's qualification is proposed, which distinguishes: budget system of medical care (typical of Great Britain, Sweden, Finland, Spain, Canada, Australia, Greece, Georgia); private health care system (typical of the United States); insurance system of medical care (typical of Japan) and mixed system of medical care (typical of Australia, France, the Netherlands).

The main directions of efficiency of public administration in the field of medical care are argued and characterized, which are: 1) digitalization in the field of health care; 2) development of educational and research activities during the training of specialists in the field of medical care; 3) improving the proper financing of the field of medical care; 4) implementation of quality personnel policy in the field of medical care; 5) improving the sanitary and epidemic well-being of the population; 6) development of transplantology. However, their features are defined. In accordance with the presented classification, the need to introduce a Unified Register of Transplantology, which will include the following registers: 1) donors or authorized persons who have agreed to organ transplantation personally or, if necessary, their relatives; 2) the register of medical institutions that are licensed to perform transplantation; 3) register of transplant specialists; 4) register of contracts for transplantation; 5) register of compatibility of organs and anatomical parts; 6) register

of persons with transplanted organs and anatomical materials; 7) register of post-transplant complications and deaths of donors and recipients, etc. At the same time, it is proposed to approve the Concept of introduction of electronic medical care of the population. The position on the need to approve the Concept was confirmed by 58% of respondents from among health professionals and 40% - from ordinary citizens, 5% abstained from answering and 10% do not support the position.

In order to improve the regulatory and legal regulation of health care, a number of changes and additions to current legislation in the study area.

**Key words:** medical service, public administration, public administration, mechanism of public administration, transplantology, sphere of medical service of the population, subjects of public administration.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ ТА ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ:

*в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

1. Кравець (Захарчук) В.В. Генезис становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення у первісний період розвитку суспільства *Філософські та методологічні проблеми права*. 2019. № 1 (17). С. 99-103.

2. Кравець (Захарчук) В.В. Адміністративно-правова характеристика державної політики у сфері медичного обслуговування населення. *Юридичний науковий електронний журнал*. № 1. 2020 р. С. 163-166.

3. Кравець (Захарчук) В.В. Адміністративно-правова характеристика первинних історичних етапів зародження, становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення. *Часопис Київського університету права*. № 4. 2020. С. 197-201.

4. Кравець (Захарчук) В.В. Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування в Польсько-Литовський період. *Підприємництво, господарство і право*. № 2. 2021. С. 100-103.

5. Кравець (Захарчук) В.В. Доктринальна характеристика напрямків удосконалення сфери медичного обслуговування населення. *Visegrad journal on human rights*. 2020. № 6. (Vol. 1). С. 213-219. (Словацька Республіка).

6. Кравець (Захарчук) В.В. Нормативно-правове забезпечення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення. *Часопис Київського університету права*. № 1. 2021. С. 171-174.

7. Кравець (Захарчук) В.В. Науково-правові й методичні засади вдосконалення професійної підготовки фахівців сфери медичного обслуговування населення. *Філософські та методологічні проблеми права*. 2021. № 2 (20). С. 34-40.

*які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*

7. Кравець (Захарчук) В.В. Генезис детермінанти «медична послуга»: поняття та особливості Питання сучасної науки і права : матеріали

Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти (24 квітня 2020 року, м. Суми) / Сумська філія Харківського національного університету внутрішніх справ. Суми: Видавничий дім «Ельдорадо», 2020. 288 с. 91-94

8. Кравец (Захарчук) В.В. Сущность профессионально-этической культуры работников сферы медицинского обслуживания населения [Электронный ресурс]. Правовая культура в современном обществе : сборник научных статей / Министерство внутренних дел Республики Беларусь, учреждение образования «Могилевский институт Министерства внутренних дел Республики Беларусь» ; редкол.: И. А. Демидова (отв. ред.) [и др.]. Могилев : Могилев. институт МВД, 2020. № 1. С. 595–598.

9. Кравец (Захарчук) В.В. Адміністративно-правова характеристика медичних послуг : Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «25 років становлення Сумської філії Харківського національного університету внутрішніх справ: славетна історія та горизонти майбутнього». (м. Харків, 21–22 лютого 2020 року). С. 102-105.

10. Кравец (Захарчук) В.В. Адміністративно-правова характеристика медичного обслуговування населення: поняття та специфіка : матеріали Міжнар. наук.-практ. круглого столу : «Актуальні питання виявлення та розкриття злочинів Національною поліцією: вітчизняний та зарубіжний досвід. (м. Київ, 19 лют. 2020 р.) С. 182-185.

11. Кравец (Захарчук) В.В. Аналіз корупційних проявів у сфері медичного обслуговування населення Латвії : Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції : «Реалізація державної антикорупційної політики в міжнародному вимірі» (м. Київ, 12 грудня 2019 року). Ч. 2. С. 378-380.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	14
РОЗДІЛ 1. МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЯК ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	23
1.1. Генезис становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення.....	23
1.2. Поняття та правова природа медичного обслуговування населення.....	57
1.3. Державна політика щодо медичного обслуговування населення.....	76
Висновки до розділу 1.....	88
РОЗДІЛ 2. МЕХАНІЗМ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ.....	92
2.1. Поняття та елементи механізму публічного адміністрування сфери медичного обслуговування населення.....	92
2.2. Нормативно-правове забезпечення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.....	105
2.3. Суб'єкти публічного адміністрування сфери медичного обслуговування населення в Україні.....	126
Висновки до розділу 2.....	145
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ СФЕРИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ .....	150
3.1. Міжнародний досвід щодо публічного адміністрування сфери медичного обслуговування населення .....	150
3.2. Ефективність публічного адміністрування сфери медичного обслуговування населення.....	169
Висновки до розділу 3.....	192
ВИСНОВКИ.....	195
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	200
ДОДАТКИ.....	230

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження** зумовлено тим, що євроінтеграційні процеси породжують якісне, безпечне та ефективне здійснення медичного обслуговування усього населення України, оскільки здоров'я усієї нації є одним із ключових елементів національної безпеки України. Саме наявні реформи сфери медичного обслуговування населення спрямовуються на підвищення медичного обслуговування через надання якісних медичних послуг.

Вирішального значення на тернистому шляху євроінтеграційних процесів входження України до вільної світової спільноти набуває її вступ до Світової організації торгівлі через підписання Угоди з Європейським Союзом, який потребує від України збалансувати інтереси тих, хто надає медичні послуги, та їх споживачів в особі пацієнтів. Сьогодні насущною проблемою сфери медичного обслуговування населення є досить низька якість та висока ціна медичного обслуговування населення, від чого в цілому залежить здоров'я усієї української нації та показники тривалості життя українців. Саме оплатність медичного обслуговування є нічим не обумовленою, оскільки Конституція України передбачає право громадян на безкоштовне медичне обслуговування. Проблема публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є гостро актуальною, тому що запровадження та реалізація міжнародних стандартів під час медичного обслуговування на основі європейських директив, настанов, інструкцій та інших норм допоможе вивести медичне обслуговування на відповідний високоякісний та ефективний рівень, надасть доступність та безпеку для споживачів медичних послуг.

Сьогодні здоров'я нації та рівень її захворюваності є загально обумовленими, оскільки на стан здоров'я населення значною мірою впливають різноманітні фактори, а саме: побутові умови життєдіяльності, фінансування громадян, генетичні фактори, екологія, умови праці, а також якість, ефективність та доступність медичного обслуговування. На жаль, наразі складаються такі ситуації, за яких населення не має можливості звертатися за

медичною допомогою до фахівців під впливом різноманітних причин та факторів. Досить негативним фактором є висока вартість медичного обслуговування населення. Так, в Україні на 1000 населення 480 чоловік не відвідують медичні заклади, а займаються самолікуванням, що негативно впливає на здоров'я нації. Через брак коштів із 1000 вагітних жінок 25 % не стають вчасно на облік у жіночих консультаціях при медичних закладах та не проводять діагностику вагітності, 35 % народжують немовлят у домашніх умовах, що призводить до функціональних порушень в організмі новонароджених. Особи з інвалідністю не забезпечуються необхідними медичними препаратами, які передбачені Урядовою програмою «Доступні ліки». Так, у рамках цієї програми в Україні було виписано 6,867 млн. рецептів, з яких відпущено лише 53,14% через різного роду перепони, як-от: відсутність відповідних лікарських засобів, неналежне оформлення електронних рецептів тощо.

В цілому, в країні процес удосконалення публічного адміністрування сферою медичного обслуговування населення було розпочато ще у 2017 році з моменту прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та продовжено у 2018 році під час ратифікації належних медичних практик GCP, дотримання норм яких має відбуватися на всіх етапах медичного обслуговування. Саме цими актами врегульовується увесь процес надання медичної допомоги та формуються принципи медичного обслуговування населення.

Попри все дані, ці акти не ведуть до вирішення нагальних проблем, які пов'язані з якістю, ефективністю та безпечністю медичного обслуговування в Україні, оскільки нині ще відсутня системність нормативно-правових актів у сфері медичного обслуговування населення, внаслідок чого існують та приймаються акти, норми яких повторюються або суперечать одна одній; відсутнє чітке розмежування суб'єктів публічного адміністрування у цій сфері; ліквідований суб'єкт публічного адміністрування, що забезпечував санітарне та епідеміологічне благополуччя населення тощо. Саме тому публічне

адміністрування у сфері медичного обслуговування населення необхідно удосконалювати із застосуванням досвіду європейських країн.

Загальнотеоретичний матеріал під час написання дисертаційного дослідження було взято з теоретичних напрацювань провідних вітчизняних фахівців у галузі адміністративного та фінансового права, зокрема: Ф.М. Абдуєвої, В.Б. Авер'янова, О.Ф. Андрійко, О.В. Баєвої, О.М. Бандурки, Р.В. Богатирьової, В.Т. Білоуса, І.Л. Бородіна, Л.К. Воронової, І.П. Голосніченка, Є.В. Додіна, Н.К. Ісаєвої, В.К. Колпакова, О.В. Кузьменко, А.Т. Комзюка, О.В. Копана, Є.Б. Кубко, О.В. Кузьменко, М.П. Кучерявенка, В.М. Лехана, Т.В. Мехтієвої, А.П. Мешковського, В.Ф. Опришка, О.П. Орлюк, І.Д. Пастуха, М.В. Плугатиря та інші.

Проблематику сфери охорони в цілому та медичного обслуговування населення досліджували у своїх працях такі автори, як: А.В. Беліченко, В.О. Борищук, Н.В. Волк, В.В. Галуцько, А.І. Гризодуб, Б.Л. Парновський, В.М. Пашков, О.Г. Стрельченко, В.Ю. Стеценко, С.С. Стеценко, О.П. Світличний, В.Ф. Семенченко, В.А. Сятиня, М.Л. Сятиня, Я.Ф. Радиш, Н.А. Храмцовська, Г.Ю. Яцкова, І.К. Ярмола та інші вітчизняні й зарубіжні науковці.

Недостатній рівень наукового обґрунтування медичного обслуговування через призму адміністративного права, недосконалість механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення та його неефективність зумовили необхідність комплексного вивчення публічного адміністрування сферою медичного обслуговування населення в Україні.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Тема дисертаційного дослідження відповідає тематиці Переліку пріоритетних напрямків фундаментальних та прикладних досліджень вищих навчальних закладів МВС України на період 2016-2020 рр., Плану науково-дослідних та дослідно-конструкторських робіт у Національній академії внутрішніх справ на 2020 рік.

Тему дисертації затверджено Вченою радою Національної академії внутрішніх справ 29 жовтня 2019 р. (протокол № 22).

**Мета і завдання дослідження.** Мета дослідження полягає в тому, щоб на підставі національного та міжнародного законодавства та практики його впровадження сформулювати сутність, зміст і особливості публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

Для досягнення цієї мети у дисертаційному дослідженні робиться спроба розв'язати такі *завдання*:

- дослідити генезис становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення;
- визначити поняття та правову природу медичного обслуговування населення;
- сформулювати особливості державної політики щодо медичного обслуговування населення;
- розкрити сутність поняття та елементи механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення;
- охарактеризувати нормативно-правове забезпечення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення;
- розкрити повноваження та компетенцію суб'єктів публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Україні;
- охарактеризувати міжнародний досвід щодо публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення;
- визначити ефективність публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

*Об'єкт дослідження* - суспільні відносини у сфері медичного обслуговування населення.

*Предметом дослідження* є публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

**Методи дослідження.** Методологічною базою дослідження публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є сукупність загальних та спеціальних методів наукового пізнання. Серед них необхідно виокремити перераховані нижче. Головним у цій системі є загальнонауковий

діалектичний метод, завдяки якому питання та проблеми розглядаються та вирішуються в роботі в єдності соціального змісту та юридичної форми. *Історико-правовий метод* застосовується при аналізі нормативно-правових засад публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення (підрозділ 2.2). *Діалектичний метод* допомагає у визначенні теоретико-правових детермінант, які досліджуються під час характеристики сфери медичного обслуговування населення (розділ 1, 2); *систематизації* – при формулюванні основних ознак та властивостей медичного обслуговування населення (розділ 1, підрозділ 2.2), організаційних засад публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення (розділ 2); *структурно-функціональний* – для дослідження особливостей діяльності і статусу публічних органів управління у сфері медичного обслуговування населення (розділ 2); *компаративний та моделювання* – задля вироблення пропозицій щодо вдосконалення національної законодавчої бази, яка є основою публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення (підрозділи 1.2, 1.3, 2.2, 2.3, 3.2); *емпіричний* – під час узагальнення статистичних даних, під час анкетування та інтерв'ювання пересічних громадян та медичних працівників щодо удосконалення сфери медичного обслуговування населення (підрозділи 2.2, 2.3, 2.4).

Нормативно-правою основою дослідження є такі документи: Конституція України, національні законодавчі та підзаконні нормативно-правові акти, у яких закріплено норми щодо публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

*Емпіричну базу дослідження* становлять результати опитування та анкетування 365 працівників сфери медичного обслуговування населення як державної, так і приватної форм власності, 135 осіб із пересічних громадян, які є пацієнтами сфери охорони здоров'я.

**Наукова новизна отриманих результатів** полягає у тому, що за характером і змістом розглянутих питань дисертаційна робота є комплексним дослідженням, яке присвячене публічному адмініструванню у сфері медичного

обслуговування населення, що має суттєве значення для науки, практичного застосування та вдосконалення законодавства.

У роботі запропоновано вирішення низки проблем і дискусійних питань медичного обслуговування населення, що стосуються публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, у результаті чого сформульовано висновки, які містять наукову новизну і полягають у таких положеннях:

*вперше:*

- обґрунтовано, що публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є законодавчо врегульованою, цілеспрямованою та організаторською діяльністю ліцензованих закладів охорони здоров'я та/або сертифікованих медичних та фармацевтичних працівників, спрямованою на надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг, метою якої є збереження генофонду українського народу та соціального здоров'я;

- доведено, що послуги з медичного обслуговування населення є професійною діяльністю кваліфікованих медичних працівників державних та приватних закладів охорони здоров'я, яка здійснюється з лікувально-профілактичною, діагностичною, трансплантологічною метою та з метою зміни зовнішності;

- класифіковано послуги з медичного обслуговування населення, а саме: 1) залежно від застосування певної форми фінансування виокремлено державні та приватні послуги з медичного обслуговування населення; 2) відповідно до характеру надання послуги виокремлено інвазивні (хірургічні) та неінвазивні (терапевтичні та педіатричні) медичні послуги; 3) відповідно до призначення послуги з медичного обслуговування населення виділено сервісні та фахові послуги з медичного обслуговування населення, а відповідно до різновидів медичної допомоги, які визначаються чинним законодавством про охорону здоров'я, виокремлено послуги з надання екстреної медичної допомоги, послуги з надання первинної медичної допомоги, послуги з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та послуги з надання паліативної

допомоги населенню; б) за формою реалізації зазначені послуги розмежовано на амбулаторно-поліклінічні, стаціонарні, змішані, санітарно-гігієнічні, епідеміологічні, параклінічні (телемедицина) та санаторно-курортні; в) за характером реалізації - профілактичні, діагностичні, лікувальні, консультаційні, реабілітаційні, трансплантологічні, сурогатного материнства, косметологічні; г) відповідно до рівнів надання медичного обслуговування населення - долікарські (парамедичні) та лікарські (спеціалізовані, високоспеціалізовані) послуги; г) за суб'єктом надання послуг з медичного обслуговування населення - неонатальні, педіатричні, терапевтичні, дитячі, дорослі, та геріативні (медсестринські послуги по догляду за хворими похилого та старечого віку); д) відповідно до спеціалізації щодо медичного обслуговування населення; ж) за формою надання - платні (послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними і комунальними закладами охорони здоров'я) та безоплатні (послуги з надання екстреної медичної допомоги; послуги з надання первинної медичної допомоги; послуги з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; послуги з надання паліативної допомоги тощо);

- сформульовано та охарактеризовано такі рівні медичного обслуговування населення: життєзабезпечувальний; той, що зберігає громадське здоров'я; сервісний; надання медико-соціального обслуговування;

- доведена необхідність запровадження єдиного реєстру трансплантології,

- розроблено концепцію впровадження електронного медичного обслуговування населення;

- аргументовано необхідність затвердження Указом Президента України «Про затвердження Положення про Міжвідомчу координаційну медичну раду»;

*удосконалено:*

- дефініції «здоров'я населення», «медична допомога», «медична послуга», «механізм публічного адміністрування», «державна політика», «публічна адміністрація», «публічне адміністрування»;

- класифікацію нормативно-правового забезпечення медичного обслуговування населення залежно від предмета правового забезпечення у сфері медичного обслуговування населення, а саме: 1) акти, які спрямовані на надання медичних послуг та медичної допомоги; 2) акти, які формують взаємовідносини закладів охорони здоров'я із пацієнтами; 3) акти, які врегульовують характерологічні суспільні відносини у сфері медичного обслуговування населення; 4) акти, які встановлюють юридичну відповідальність за порушення норм у сфері медичного обслуговування населення;

- рівні медичного обслуговування населення: життєзабезпечувальний; той, що зберігає громадське здоров'я; сервісний; надання медико-соціального обслуговування;

- систему суб'єктів публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення;

*дістали подальшого розвитку:*

- елементи механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення;

- напрямки державної політики медичного обслуговування населення;

- класифікація суб'єктів публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення;

- доцільність створення у системі публічної адміністрації Державної санітарно-епідеміологічної інспекції як основоположного суб'єкта забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення;

- пропозиції щодо імплементації міжнародних практик з медичного обслуговування населення таких країн, як: Австралія, Великобританія, Грузія, Іспанія, Канада, Німеччина, Польща, Нідерланди, США, Швеція, Фінляндія, Японія вони.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому, що сформульовані висновки й пропозиції впроваджено і вони використовуються у:

– *практичній діяльності* – для використання на практиці у системі Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я тощо;

– *освітньому процесі* – для підготовки навчально-методичних матеріалів і викладання таких навчальних дисциплін, як «Адміністративне право», «Адміністративна відповідальність», «Адміністративний процес» (акт Національної академії внутрішніх справ від 10 лютого 2021 р.);

– *науково-дослідній діяльності* – для формування низки пропозицій щодо удосконалення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення (акт Національної академії внутрішніх справ від 21 січня 2021 р.).

**Апробація матеріалів дисертації.** Основні теоретичні положення та практичні результати дисертації пройшли апробацію на п'яти науково-практичних конференціях та круглих столах, а саме: «Питання сучасної науки і права» (м. Суми, 24 квітня 2020 року), «Правова культура в сучасному суспільстві» (м. Могилів, 14-15 травня 2020 року), «25 років становлення Сумської філії Харківського національного університету внутрішніх справ: славетна історія та горизонти майбутнього». (м. Харків, 21–22 лютого 2020 року), «Актуальні питання виявлення та розкриття злочинів Національною поліцією: вітчизняний та зарубіжний досвід» (м. Київ, 19 лютого 2020 року), «Реалізація державної антикорупційної політики в міжнародному вимірі» (м. Київ, 12 грудня 2019 року).

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, що об'єднують вісім підрозділів, висновків, списку використаних джерел (273 найменування на 30 сторінках) та семи додатків. Повний обсяг дисертації становить 244 сторінки, з них загальний обсяг тексту – 188 сторінок.

# РОЗДІЛ 1.

## МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЯК ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 1.1. Генезис становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення

Дослідження генезису становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення надасть можливість пізнати його глибинну сутність, значущість та безпосередньо передбачити найімовірніші тенденції розвитку майбутнього та прогнозованого медичного обслуговування населення. Розуміння сучасних проблем і прогнозування їх наукового і практичного розв'язання повинні не тільки спиратися на здобутий досвід у сфері медичного обслуговування населення, а й враховувати національно-історичні особливості й попередню спадщину України [1, с. 16].

На різних етапах суспільно-економічних формацій становлення та розвиток зазначеної сфери є історією тривалих і героїчних зусиль людства, які спрямовані на якісне медичне обслуговування населення через надання медичної допомоги з метою профілактики захворювань та їх лікування. Витоки становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення на теренах України бере свій початок практично від зародження людства до сьогодення [2; 3]. Разом з тим відзначимо, що саме з розвитком загальної вітчизняної історії розвивається і сфера медичного обслуговування населення.

М.Л. Сятиня відзначає, що в загальній історії людства сфера медичного обслуговування населення є однією з невід'ємних складових таких історико-цивілізаційних епох, як: первіснообщинна, рабовласницька, феодальна, капіталістична, а також сучасне постіндустріальне суспільство, що розвивається за умов банківського капіталу, а також цифрових та інтернет-технологій [3, с. 234].

Найменш дослідженим аспектом сьогодні є проблема медичного обслуговування населення. У різні епохи, принаймні якоюсь мірою, мали місце спроби впровадження медичного обслуговування населення.

Коли виникла сфера медичного обслуговування населення та її зародки, точно не відомо. Існує безліч думок, припущень та теорій із цього приводу.

Існує така версія, що сфера медичного обслуговування населення виникла одночасно із виникненням людства, тобто за кілька сотень тисяч років до нашої ери. І.П. Павлов з цього приводу зазначав, що медичне обслуговування є ровесником першої людини.

Сфера медичного обслуговування населення як галузь людської діяльності та культури поєднує у собі досвід різних народів світу, які й нині роблять свій внесок у її становлення та розвиток. Також вони забезпечують міжнародну співпрацю у зазначеній сфері.

Дослідження генезису сфери медичного обслуговування населення переконує в тому, що розвиток медичної діяльності та медичних знань відбувався у нерозривному взаємозв'язку із розвитком та зміною суспільно-економічних відносин та, відповідно, із загальною історією усіх народів світу. Ця історія розвитку сфери медичного обслуговування населення демонструє, як у процесі трудової діяльності людей виникали, розвивалися та удосконалювалися практичні навички щодо медичного обслуговування населення в частині профілактики, визнання та лікування різноманітних хвороб, а також збереження здоров'я населення через усвідомлення сутності та причин виникнення захворювань.

Розвиток сфери медичного обслуговування населення в Україні на різних етапах суспільно-економічних формацій є історією тривалих і героїчних зусиль людства, які спрямовані на знаходження й вдосконалення способів і засобів обслуговування населення щодо якісної профілактики захворювань та лікування хворих. Історія сфери медичного обслуговування населення на теренах України веде свій відлік практично від початку писемної цивілізації на національно-етнічній території, тобто ще від доби Русі. Відбувалися суттєві зміни у загальному цивілізаційному річищі розвитку суспільно-економічних

формацій. Іноді такі явища випереджали пересічні наміри соціально-побутового характеру, у тому числі пов'язані з розвитком медичного обслуговування населення, а інколи – уповільнювали власний хід через несприятливі умови й непередбачувані обставини, які активно впливали на розвиток сфери медичного обслуговування населення в Україні. Перманентність перебування українців на теренах своєї землі протягом століть і в той же час пригнічене становище у складі іноземних держав (Великого князівства Литовського, Речі Посполитої, Польської, Австрійської та Російської імперій) наклали свій відбиток й на розвиток національної сфери медичного обслуговування населення. І це було не зовсім негативним чинником для медицини, адже українська сфера медичного обслуговування населення завдяки включенню вітчизняної медицини до чужоземних медико-фармацевтичних шкіл і напрямів діставала можливість запозичати найкращі надбання цих шкіл, й, у свою чергу, впливати на розвиток сфери медичного обслуговування населення імперських панівних націй [2, с. 12; 3, с. 2].

Відзначимо, що у своєрідних соціально-економічних умовах історична періодизація становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення потребує дослідження.

*Із зазначеного вище необхідно визначити періодизацію історії медицини в Україні, яку доцільно представити у вигляді її систематизації за такими етапами:*

- *первісний етап (600 млн. років тому до XII–VI тис. до н. е.);*
- *етап Київської Русі (IX ст. до XIII ст.);*
- *Польсько-Литовський етап (включаючи козацьку державність) (XIV до першої половини XVII ст.);*
- *Імперський етап (включає правління Петра I, Катерини II та Миколи II (XVIII – до XIX ст.);*
- *Радянський етап (XX ст.);*
- *етап Української самостійності (друга половина XX ст.);*
- *етап Сучасної України (початок XXI ст. – донині).*

Сформулювавши названі періоди генезису становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення, вважаємо за необхідне здійснити їх ґрунтовну характеристику.

Таким чином, *«Первісний етап»* (600 млн. років тому до XII–VI тис. до н. е. визначається досить цікавими історичними фактами розвитку сфери медичного обслуговування населення. Із встановлених вікових меж зазначеного етапу стає зрозумілим, що медичне обслуговування населення своїм історичним корінням сягає глибочезної давнини. Спогади про медичне обслуговування населення через надання допомоги у вигляді застосування різного роду лікарських засобів, свіжих рослин та масел визначено ще у працях таких визначних дослідників, що справили значний вплив на медичне обслуговування населення, як Гіппократ (батько медицини), Діоскорид, Гален, Авіценна, Парацельс тощо.

У сфері медичного обслуговування населення, на цьому етапі закріплювалися і розвивалися традиційні навички, прийоми та способи лікування, збільшувалася кількість лікарських засобів, для надання медичної допомоги виготовлялися інструменти з металу (міді, бронзи, заліза тощо). Розпочато було надання медичної допомоги пораненому населенню під час військових дій, які почали відбуватися доволі часто. Стали застосовуватися такі оперативні методи лікування, як ритуальне обрізання під час ініціації (обряд, який знаменує перехід індивідуума на новий щабель розвитку в рамках будь-якої суспільної групи або містичного суспільства), ампутація кінцівок, а також кесарський розтин, який проводився під впливом бананового вина (замість снодійного засобу).

У цей період за допомогою емпіричних методів дослідження було сформульовано основні властивості лікарських засобів рослинного походження, а також їх було розподілено за механізмом дії на організм людини під час надання медичної допомоги населенню на наркотичні, до яких було віднесено мак, тютюн, коноплю, тонізуючі – женьшень, лимонник та збуджувальної дії – кока тощо.

У досліджуваній період під час надання медичної допомоги населенню застосовувалася лікарська магія, яка сформувалася на тлі теоретичних і практичних знань та навичок первісного медичного обслуговування, що зародилося ще на «зорі» розвитку історії людства задовго до виникнення культових церемоній та звичаїв. Відповідно, культові церемонії медичного обслуговування стали вторинними, а практика та емпіричний досвід стали тією основою, на якій і розпочався розвиток медичного обслуговування населення в цілому.

Під час медичного обслуговування населення первісні лікарі з лікувальною метою застосовували прийоми оперативного лікування, а саме: обробляли відкриті рани ліками рослинного, мінерального та тваринного походження; використовували «шини» при переломах; впроваджували методи кровопускання, яке проводили за допомогою колючок і шипів рослин, риб'ячої луски, ножів із кісток та каміння, а також за допомогою дрібних стріл, які вони пускали зблизька з туго натягнутого лука.

Саме в цей період відбувається прогрес у використанні засобів виробництва і споживання: людина готує ліки, застосовуючи такі самородні метали, як: мідь, олово, свинець, срібло, золото, а потім починає виплавляти їх. Люди починають досліджувати дію рослин на тваринах, а також відкривають характерну дію чемериці як послаблювального засобу, встановлюють лікувальну ранозагоювальну дію золототисячника тощо. У цей період виникає варіоляція – втирання вмісту віспяних папул корі в тіло людини, що приводило до підвищення імунітету з метою запобігання захворюванню [4, с. 46].

Продовжувалося пізнання та дослідження великої кількості лікарських рослин з їх цілющими властивостями. Під час медичного обслуговування з метою лікування застосовувалися ароматичні смоли тропічних дерев – ладан і мірра [3, с. 237].

У зазначений період почало запроваджуватись бальзамування під час розтину трупів, унаслідок чого почали формуватись певні анатомічні уявлення. Із лікувальною метою стало застосовуватися очищення організму від шлаків за допомогою лікарських засобів із проносними, потогінними та сечогінними

властивостями тощо [5, 6].

Саме в цей час в Україні для знеболювання почали використовувати такий лікарський засіб, як опій [7, с. 69].

Необхідно відзначити також, що під час медичного обслуговування населення з лікувальною метою використовували воду, яка за природними віруваннями слов'ян була найвеличнішим даром неба Матері-Землі, бо вона оживлює її та робить плодючою. Вода застосовувалася як засіб магічного очищення організму людини.

На розглядуваний етап значно вплинув позитивний досвід Вавилону, Єгипту, Індії, Китаю та Греції. Саме у цих державах з'явилися перші тексти щодо медичного обслуговування; сформувалися два напрями медичного обслуговування населення, перший з яких був заснований на практичному досвіді населення, а другий – на релігійних віросповіданнях.

Відбувався розвиток теорій морально-етичного та релігійно-містичного походження про генезис захворювань, які були пов'язані з природою.

Здійснювалася підготовка лікарів, яка полягала у сімейних традиціях та навчанні при школах та храмах. Відбувалося створення первісних санітарно-технічних споруд, де відбувалося запровадження первинних санітарно-гігієнічних навичок.

У цей же період зароджується класовий підхід до медичного обслуговування населення та формуються основи лікарської етики тощо.

Разом з тим емпіричні знання так званих первісних лікарів набувалися під час практичного досвіду і були досить обмеженими. На методи та прийоми лікування як складової частини медичного обслуговування населення того часу впливали такі релігійні напрями, як: «тотемізм», «фетишизм», «анімізм», магія тощо. Тотемізм - це віра людини в існування тісного родинного зв'язку між його родом і певною твариною або рослиною (наприклад, кенгуру або евкالیпт). Тотему не поклонялися, його вважали «батьком», «старшим братом», захисником від бід і хвороб. Тотемізм з'явився як ідеологічне віддзеркалення зв'язку роду з тим природним середовищем, що оточує його. Фетишизм – це віра в надприродні властивості неживих предметів. Спочатку ця віра

поширювалася на знаряддя праці (наприклад, особливо вдалий спис), плодоносні дерева або корисні предмети вжитку, тобто мала сповна матеріальну основу. Згодом фетиші стали вироблятися спеціально як культові предмети і отримали ідеалістичне тлумачення. Так з'явилися амулети і талісмани. І нарешті, анімізм – це віра в душі, духів і загальне одухотворення природи [8].

*Відзначимо, що основними особливостями «Первісного етапу» становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення є такі: 1) розпочинається застосування рослинних лікарських засобів при наданні медичної допомоги; 2) відбувається застосування лікарських засобів, у яких визначено механізм дії на організм людини, а саме: наркотичний вплив, збуджувальний вплив, тонізуючий вплив тощо; 3) відбувається застосування магії під час надання медичної допомоги, яка виникла як результат емпіричних досліджень.*

Вагомий вплив на сферу медичного обслуговування населення справив «Етап Київської Русі» (IX ст. – XIII ст.), який характеризується активним розвитком сфери медичного обслуговування населення.

Сфера медичного обслуговування населення була досить розвинена і не відставала від загальнолюдських середньовічних канонів [9]. У зазначений період активно розвивалася народна медицина та народне цілительство, що використовувалися під час медичного обслуговування населення тоді та успішно застосовуються досі. Лікарі та знахарі були досить популярними та професійно займалися медичним обслуговуванням населення. Народних лікарів у той час називали «лечцями», і про них було написано у «зводі» законів «Руська правда», де встановлювалася їхня оплата праці. Власних лікарів мали князівські двори, а при монастирях створювалися власні «богадільні».

Особливо актуальними напрямками медичного обслуговування того часу було акушерство, фітотерапія та психотерапія. Досить популярною в народі була «домашня фітотерапія», яка проводилася у вигляді компресів, масажу, розтирання, укутування, «банок» та клістирів. Необхідно відзначити те, що психотерапія була специфічним методом надання допомоги, оскільки вона

базувалася на язичницьких традиціях, до яких належали заговори, позбавлення від «пристріту», «порчі», «поробленого». У жодних інших державах ( тим паче аж ніяк не в Європі з її інквізицією) не були такими популярними ворожки, шептухи, чаклуни, заклинателі, відьми, як на землях Русі. Характерним є те, що ці традиції не прийшли до нас ззовні – ні з Візантії, ні з півночі, ні з античності. Вони збереглися на наших землях з незапам'ятних часів і є невід'ємною частиною центрально-слов'янського сприйняття зв'язку живої людини з «іншим» світом [9].

У період Київської Русі існувало три основні типи медичного обслуговування населення: народне язичницьке; міське світське ремісниче; монастирське.

Визначальну роль в історії українського медичного обслуговування населення відіграв Києво-Печерський монастир, у якому служили ченці, що прийшли з Афонської гори та принесли з собою лікарські знання.

Одним з таких ченців був Антоній Преподобний - засновник Києво-Печерського монастиря, що багато років провів в Афонському монастирі, де й засвоїв знання щодо медичного обслуговування населення. Він був «пречудним лікарем» котрого йменує монастирська хроніка як такого, що особисто доглядав хворих, лікував, давав їм «вкушати» цілюще «зілля». Служінням ближньому преподобний Антоній здобув палку любов не тільки простого люду, а й князів. Так, вилікувавшись в Антонія, великий князь київський Ізяслав подарував обителі гору над печерами, «ігумен же і братія заклала церков велику і монастир... І відтоді почав зватися Печерський монастир...» [10].

Набуті у стінах Києво-Печерського монастиря знання та практичні навички ченці розповсюджували на сусідні землі через заснування там монастирів, у яких вони здійснювали надання медичних послуг населенню.

Монастирське медичне товариство стало організатором перших на Русі лікарень, які були відкриті при монастирях у Переяславі та Києві на Дніпрі, згодом в Новгороді, Смоленську, Львові. Жоден монастир на Русі не будувався без «шпитальних палат». Монастирські лікарні перетворювались на військові шпиталі під час воєнних дій, облоги міст, на карантинні лікарні – під час

епідемії. Так, Никонівський літопис засвідчує, що в XI ст. (1091 р.) митрополит Єфрем поставив у Переяславі будівлю «банну», влаштував лікарні, де персонал надавав «всім прихідцям безплатно медичне обслуговування». Слава про монастирських лікарів сягала далеко за межі їхніх монастирів, навіть за кордони землі руської: так, наприклад, митрополита Олексія хан запросив в орду, щоб тойвилікував очі його дружини Тайдули [10].

Медичне обслуговування населення в монастирських лікарнях полягало у застосуванні цілющих трав та мазей. Сюди відносився і догляд, який отримували хворі в монастирських общинах у вигляді регулярного харчування, чистого одягу та білизни, промивання ран та доброго заспокійливого слова. Лікування супроводжувалось релігійними обрядами – такими, як молебень, помазання елеєм тощо [10].

Медичне обслуговування населення за часів Київської Русі-України включало у себе такі напрямки, як хірургічний, ортопедичний та терапевтичний.

Так, хірургічний визначався як найважливіший у процесі практичного медичного обслуговування населення. Його вагомість була зумовлена частими війнами і побутовими травмами. Хірургія давньоруською мовою називалася «різання», а хірург – «різальником». Тогочасні хірурги володіли технікою операції на черепі при епілепсії та інших захворюваннях. В XI ст. найпоширенішим видом хірургічного втручання була ампутація кінцівок, при цьому «різальник» мав домогтися безгнійного загоєння ран з ледь помітним шрамом [10].

У досліджуваний період були відомі також ортопедичні прийоми, масаж, лікування виразок тощо. Відзначимо те, що дьоготь вважався одним із основних засобів для зцілення найрізноманітніших захворювань шкіри, зокрема, корости. Ним заливали також трупи й могили тих, хто загинув від чуми. Відходи поташу, що містили кальцій, застосовували при опіках. Введенням у лікувальну практику багатьох засобів рослинного і тваринного походження медицина західноєвропейських країн, Візантії та народів Малої Азії значною мірою завдячує нашій вітчизняній народній медицині [10].

Під час медичного обслуговування населення з лікувальною метою застосовувалися такі рослинні лікарські засоби, як кропива, листя берези, подорожнику, цвіт липи, кора ясеня, цибуля, часник, хрін, березовий сік та багато інших народних засобів лікування. Також застосовувалися такі лікарські засоби тваринного походження: мед, печінка тріски, «кумиз» тощо. Разом з тим із лікувальною метою застосовували такі мінеральні засоби, як оцет, мідний та залізний купорос, селітра, сірка, скипидар, миш'як, срібло, ртуть тощо.

Вагомий внесок у сферу медичного обслуговування населення зробив Святий Аліпій Іконник, який лікував переважно хворих зі шкірними захворюваннями. Свою основну професію іконописця він вдало поєднував із лікуванням, використовуючи як лікарські засоби фарби, котрими писав ікони. Рослинні барвники відігравали важливу роль у лікуванні шкірних хвороб у багатьох народів. Аліпію приписували спроможність виліковувати найрізноманітніші гострі й хронічні шкірні захворювання. Під час лікування Аліпій брав фарбу з «вапниці» (горщика живописця) і змазував нею гнійні виразки, роблячи це кілька разів. Потім хворий змивав фарбу водою. Видужання хворого викликало захоплення пацієнтів. Фарбами лікували не тільки шкірні хвороби. Фарбою індиго, сандалом, кубовою фарбою давньоруські лікарі успішно виліковували «вогневиці», малярію, пропасницю. Жовті і червоні фарби застосовувались при гнійних виразках і ранах [10].

Усі здобуті знання народними лікарями передавалися у спадок від батька до сина за допомогою «родинних шкіл».

Також відповідно до тогочасних законів людина, що нанесла збиток здоров'ю іншої людини, повинна була сплачувати штраф до державної скарбниці і видавати постраждалій особі гроші на її лікування.

Необхідно зазначити те, що в період Київської Русі медичне обслуговування населення не було монастирською монополією, поряд із нею існувала також і народна медицина. Разом з тим, язичницькі лікарі, які займалися ворожінням та чаклуванням, визнавалися служителями диявола та піддавалися переслідуванням.

*Відзначимо, що основними особливостями становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення на «етапі Київської Русі» є: 1) розвиток язичницького напрямку лікування; 2) активний розвиток та впровадження монастирського напрямку лікування; 3) застосування народної медицини при лікуванні хворих; 4) поширення знань та практичних навичок ченцями Києво-Печерської лаври на сусідні землі; 5) впровадження монастирських лікарень, де ченці виявляли величезну гуманність до хворих аж до самопожертви; 6) монастирі ставали центрами культури та просвітництва; 7) відбувалося виокремлення таких напрямів медичного обслуговування населення, як хірургічний, ортопедичний та терапевтичний тощо.*

Важливий вплив на розвиток сфери медичного обслуговування населення мав *Польсько-Литовський етап (включаючи козацьку державність) (XIV до першої половини XVII ст.);*

Цей період розвитку характеризується тим, що сфера медичного обслуговування населення перебувала поза увагою та контролем органів державної влади. У цей час лікарі почали складати угоди про медичне обслуговування із населенням на зразок будь-якої торгівельної угоди, вимагали аванс та високу платню, зобов'язуючись у визначений термінвилікувати те чи інше захворювання. Медичне обслуговування населення здійснювали не дипломовані лікарі, а лікарі-практики, діяльність яких спиралася на віковий досвід емпіричної медицини.

Із введенням Магдебурзького права впроваджується європейська правова практика, яка передбачала, що діяльність усіх професійних корпорацій має врегульовуватися нормативними актами. До такого ж роду корпорацій в той час належали й лікувальники-практики, котрих називали цирульниками. У документах магістратів першим львівським цирульником був визнаний Ватеруш. Так, наприклад, у підпорядкуванні Київського магістрату було шістнадцять цехів різних спеціалізацій, у тому числі й цех цирульників.

Навчалися свого ремесла цирульники, як правило, у дипломованих лікарів-чужинців, яких запрошували до королівського / князівського двору,

дворів магнатів і шляхти. Так, у податковому списку м. Львова за 1405 рік значиться доктор медицини Бенедикт. Епізодично лікарі-фахівці потрапляли і в Запорозьку Січ, де лікували переважно старшин та гетьманів. За тих часів дипломований лікар звичайно мав біля себе кількох учнів, які допомагали йому в роботі, училися виконувати дрібні лікувальні маніпуляції та набували навичок догляду щодо медичного обслуговування. У такий спосіб учні поєднували досвід народної медицини, яким непогано володіли, з тогочасною європейською університетською лікарською практикою. Згодом вони працювали по містечках і більших селах самостійно. Таких учнів було небагато. Працювати по містах, де були цехи цирульників, вони не мали права під загрозою штрафів. З часом магістрати для потреб городян запрошують на посаду міського лікаря дипломованого фахівця. Після епідемії чуми, що вирувала протягом 1464–1467 років, як магістрат зробив сферою своїх повноважень контроль над медичним обслуговуванням населення [11, с. 210-211].

З метою медичного обслуговування населення уже у Львові працювало п'ятнадцять дипломованих лікарів, п'ять хірургів-цирульників тощо.

В Україні почали впроваджуватися та розвиватися подібного роду цехи цирульників, цех хірургів та аптеки, які визначалися як центри підготовки медичних кадрів для медичного обслуговування населення.

Так, до компетенції цирульників щодо медичного обслуговування населення входила травматологічна, дермато-венерологічна та стоматологічна допомога. Інструкція до Статуту цирульників визначала, що «особливо внутренних и других к тому их цирюльническому мастерству подлежащих болезней, кроме какие они в тех своих пунктах показали, отнюдь лечить не имеют» [12]. Необхідно відзначити те, що у більшості населених пунктів України лікарів не існувало, і, відповідно, ті хвороби, які не входили до компетенції цирульників, а саме - внутрішні захворювання, також лікувалися ними. Деякі з них набули значних знань та навичок щодо лікування ран, проведення ампутацій, вирізання каменів, видалення зубів, а також кровопускання як одного із найпоширеніших засобів лікування того часу,

метою якого було зміцнення й посилення працездатності.

Одним із зразкових цехів цирульників на теренах України став львівський цех, який був створений у 1512 році.

В цілому діяльність цирульників щодо медичного обслуговування населення в Україні здійснювалася на підставі Статутів, згідно з якими вони підлягали такій градації членів корпорації: 1) учні, яких в Україні називали хлопцями (*discipulus*); 2) підмайстри – називали молодиками, челядниками (*medicus socius, servus*); 3) майстри (*magister*). Учні приймали віком 12 років, грамотність для них була обов'язковою. Учень перед вступом вносив до цехової скриньки певну суму (від 6 грошів до 6 злотих). Навчання новоприбулого до цеху тривало три роки. Майстер не мав більше, ніж 3–4 учнів. Майстри вчили робити кровопускання, ставити банки (сухі та з насічками (криваві), розрізати гнояки, виривати зуби, перев'язувати рани, накладати лещата при переломах, вправляти вивихи, виготовляти різні пластири для лікування ран. Учні вивчали ознаки певних хвороб і обов'язково голярську справу [11, с. 211-212].

Закінчивши навчання, учень робив внесок (близько 12 злотих) до цехової скарбниці, і його вписували до цехової книги вже підмайстром (молодиком). Молодик повинен був працювати у свого майстра ще 6 місяців, отримуючи тільки 1 гріш платні на тиждень. Опісля він мав право перейти на роботу до іншого майстра. За статутом підмайстер, здобувши знання в основного майстра, повинен був розпочати «мандрування». Цех видавав йому довідку про навчання, і підмайстер вирушав до нового міста. Прибувши, він звертався до цехмайстра й за його призначенням починав працювати челядником в одного з майстрів. «Мандрування» мало на меті ознайомити молодика з різними способами лікування. У Києві, Львові, Луцьку та деяких інших містах України від обов'язку «мандрування» можна було звільнитися, внісши гроші до цехової скриньки [11, с. 212].

Попрацювавши три роки у сфері медичного обслуговування населення, тобто не раніше, ніж через шість років після початку навчання цирульницької майстерності, молодик міг клопотати перед цехом про дозвіл скласти іспит на

кваліфікацію майстра. Отримавши дозвіл, він вносив до цехової скриньки 10 злотих і одержував від цеху матеріали для виготовлення лікувальних зразків на іспит. Для іспиту потрібно було виготовити мазі, пластирі (окремі з них склалися з 19 речовин), порошки, направити нову бритву, ножиці, пушадло для кровопускання [11, с. 212].

Цирульники, забезпечуючи медичне обслуговування населення, що включало широкі маси як міського, так і сільського населення, були близькими до них за своїм світоглядом та визначалися як основоположні кадри медичного обслуговування населення, що здійснювали лікування населення протягом багатьох сторіч.

Важливим напрямом розвитку тогочасної сфери медичного обслуговування населення в Україні стала аптекарська діяльність.

У XV ст. українські лікарі почали навчатися справи медичного обслуговування населення у Краківському університеті. А в 1534 році недалеко від Львова заснували Замойську академію, у якій розпочали викладати правові, філософські та медичні дисципліни.

Об'єднання руських земель в єдину державу потребувало власного економічного розвитку країни. Відповідно, постійна загроза військового нападу ззовні сприяла виникненню зачатків державної медицини. Саме це привело до створення Аптекарського наказу, який став найвищим органом медичного управління у сфері медичного обслуговування населення того часу.

Було реалізовано заходи щодо внормування й регламентації роботи аптек, зокрема, 1609 року у Львові видано аптекарську ординацію, що визначила права й обов'язки фармацевтів [11, с. 212].

Так, Аптекарський наказ на першому етапі своєї діяльності був придворною медичною установою, яка управляла царською аптекою та медичними кадрами. В обов'язки цього наказу входило медичне обслуговування панівних прошарків населення та членів їх сімей і наближених до них.

Розпочато виготовлення відбірних лікарських засобів для царя, які зберігалися в особливій кімнаті ("казенци"), охоронялися і відпускалися тільки

з дозволу Аптекарського наказу. Виписування ліків і їх приготування ретельно охоронялося. Приготовані для царського двору ліки пробували спочатку доктори, які прописали, потім аптекарі, які приготували, і нарешті – особа, яка займалася постачанням ліків до царя [13, с. 48].

З метою забезпечення медичного обслуговування населення до штату Аптекарського наказу у 1631 році входило лише два лікарі, п'ять підлікарів, один аптекар, один отоларинголог, два перекладачі і один помічник.

Уже у середині XVII ст. Аптекарський наказ було перетворено з придворного закладу на загальнодержавний, в результаті чого вагомо було розширено його повноваження. До його повноважень входило запрошення на службу іноземних лікарів, підготовка медичних кадрів національного рівня, розподіл медичних посад, керівництво аптеками, аптечними городами, організація збору лікарських рослин, перевірка історій хвороб ("докторских сказок"), а також виплата коштів за надання медичної допомоги населенню. Військові ситуації спонукали Аптекарський наказ до створення медичної служби в армії, яка стала невід'ємною частиною медичного обслуговування населення того часу. Саме така ситуація визначила його додаткові повноваження, а саме: призначення до військ лікарів та підлікарів, забезпечення постачання лікарськими засобами полкових аптек, організація тимчасових військових госпіталів, проведення медичного огляду осіб для зарахування в ряди солдатів для несення військової служби.

У першій половині XVII ст. всі витрати Аптекарського наказу оплачувалися із загальної казни, а згодом ця установа вже мала власний бюджет. До 1681 року штат Аптекарського наказу значно збільшився. Серед 80 співробітників було 6 докторів, 4 аптекарі, 3 алхіміки, 16 лікарів-іноземців, 21 російський лікар, 38 учнів лікарського і костоправних подів. Крім того, було 12 подьячих, городники, перекладач і господарські працівники [13, с. 49].

Стати власником аптеки в місті можна було за наявності коштів для оренди, купівлі чи спорудження нового приміщення аптеки. Утім, досить часто утримання аптеки було родинною справою не одного покоління поважних містян. Для виготовлення й зберігання ліків аптекарі послуговувалися

нескладним обладнанням і посудом: олов'яними глеками, котлами для плавлення воску, мідними ступками, 214 сковорідками, мензурками, ситами, залізними перфораторами, шпателями, ложками, глиняним посудом. Значно рідше використовували порцеляну й деревину. З медичних засобів в аптеці продавали протиотруту («theriakhae»), кислоти, мінеральні солі, сублімати сірки й ртуті. Асортимент іноземних товарів складався з кориці, імбиру, перцю, шафрану, мускатного горіха, гвоздики, рису, мигдалю, камфори. Також в аптеці торгували лікарськими травами, пахучим зіллям, корінням, насінням, ароматичними оліями та бальзамами, свічками, милом, горілкою та винами, печивом, тютюном, фарбниками для керамічного посуду, різноманітними солодощами (пряниками, повидлом, цукерками). Подекуди аптекарі брали від заможних городян замовлення на виготовлення до свят солодких лікерів, тортів, марципанів та закусок [11, с. 212].

Характерними особливостями Польсько-Литовського етапу стали такі:

- 1) забезпечення медичного обслуговування населення здійснюють лікувальники-практики, які отримали назву цирульники;*
- 2) здійснення магістратом контролю над медичним обслуговуванням населення;*
- 3) з метою якісного медичного обслуговування населення під час епідемії чуми відбувається призначення на посаду міського лікаря дипломованого фахівця;*
- 4) створення Статуту цирульників, який нормативно врегульовує забезпечення медичного обслуговування населення;*
- 5) створення Аптекарського наказу як найвищого органу медичного управління у сфері медичного обслуговування населення;*
- б) надання аптеками широкого асортименту послуг щодо медичного обслуговування населення, у тому числі й лікувального.*

Вагомий внесок у розвиток сфери медичного обслуговування населення зробив **Імперський період (правління Петра I, Катерини II та Миколи II).**

У досліджуваній період розвиток аптекарської справи продовжується. З метою упорядкування медичного обслуговування населення та діяльності аптек губернатором Львова видано Санітарний патент, який ввів заборону на виконання функціональних обов'язків недипломованими лікарями та аптекарями. Саме така норма зобов'язала усіх осіб, які займалися наданням

медичного обслуговування населенню, здобувати університетську освіту. Цим патентом лікарі також втратили права щодо самостійного виготовлення лікарських засобів для хворих у містах, де були аптеки. З метою виявлення порушення цих вимог щорічно в аптеках проводилися ревізії, а в разі виявлення порушень – накладалися штрафи. Згідно з патентом аптекарі зобов'язувалися виготовляти лікарські засоби лише відповідно до рецепта, який підписувався лікарем та затверджувався лікарською комісією.

З метою покращення медичного обслуговування населення Петром I було видано указ «Об поліпшенні постановки аптечної та медичної справи в Аптекарському приказе», яким він намагався налагодити взаємовідносини між аптекарями та лікарями, що постійно безпричинно ворогували, в результаті чого в їхній професійній діяльності з'являлися недоліки і прорахунки внаслідок «непослушання» один одного. За таких умов медичне обслуговування населення не приносило користі під час лікування, а лише заподіювалися страждання особам, які потрапляли під медичну допомогу такого роду. Цей наказ зобов'язав лікарів та аптекарів приймати присягу та надавати клятву.

У зазначений період розпочинається розвиток медичної освіти, задля якої відкриваються школи лікарів, продовжує функціонувати й система учнівства, яку за допомогою надання медичних знань та практичних навичок забезпечували і розвивали досвідчені лікарі та фармацевти.

У період правління Петра I розпочинається будівництво госпіталів, лікарень, медичних шкіл, які надають поглиблені знання з питань медичного обслуговування населення.

У XVIII ст. розвиток медичного обслуговування населення в Центральній та Східній Україні визначався законодавством Російської імперії. У 1701 році Петро I видав наказ, згідно з яким заборонявся продаж лікарських засобів у зіллейних лавках та інших місцях. З цього часу була впроваджена аптечна монополія, яка визначалася тим, що в межах міста можна було відкривати лише одну аптеку. Відповідно до зазначеного наказу працівники сфери медичного обслуговування населення звільнялися від військових постойів та повинності, звільнялися від сплати податків; засновникам аптек надавалося вільне

приміщення та зарплатня на перші три роки; аптеки мали право користуватися державним гербом на вивісках та упаковках; аптекарі мали право на почесне громадянство [14].

Особи, які бажали відкрити аптеки, повинні були подати чолобитну на ім'я царя в Польський приказ. У випадку позитивного рішення їм надавалася жалувана грамота та відводилася земельна ділянка під аптеку, дозволялося закуповувати спирт для виготовлення ліків за кордоном, а також у портових містах [14].

Першу приватну аптеку, яка, окрім виготовлення лікарських засобів, забезпечувала медичне обслуговування населення, відкрили у 1709 році в Києві на Печерську. Міська влада надавала привілеї аптекам порівняно з торговими підприємствами: ніхто не мав права відкривати інші аптеки в місті або районі без згоди власника, який це зробив першим. Фармацевтів звільняли від військової служби, іменували почесними громадянами міста [14].

У 1715 році за дозволом Петра I було відкрито державну аптеку в Києві. Згодом відкрили перший аптечний магазин, який забезпечував лікарськими засобами військові частини, шпиталі, чиновників Київської губернської канцелярії та цивільне населення. Завідував магазином провізор Бірман, згодом – Іван Вендель [15]. Необхідно відзначити, що з метою якісного медичного обслуговування населення в Україні функціонували приватні та державні аптеки, останні з яких поділялися на: головні, польові та госпітальні.

Треба відзначити, що Петро I реорганізував Аптекарський приказ в Аптекарську канцелярію Головної аптеки, яку в 1721 році було перейменовано в Медичну колегію, а згодом – у Медичну канцелярію, на яку було покладено контроль за відпуском [15] лікарських засобів з аптек. Відзначимо, що Аптекарську канцелярію, яку очолював аптекарський боярин, став очолювати лікар, який був на посаді архіатра.

Значний внесок у розвиток сфери медичного обслуговування населення було зроблено Катериною II. Так, у період правління Катерини II відкрили Києво-Подільську аптеку, статус якої визначено як приватної. Власниками цієї аптеки була родина Бунге, яка пізніше розширила мережу цих аптек. Ними був

заснований Куренівський ботанічний сад, у якому вирощували лікарські рослини, ними забезпечувався увесь Київ та частина України. Києво-Подільська аптека складалася з таких двох підрозділів: господарського відділення та лабораторно-рецептурного відділення. До господарського відділення належали городи, сади, заготівля, транспортування та збереження лікарської сировини. До другого відділення аптеки відносились лабораторно-рецептурні відділення зі складною технологією виробництва [16, с. 236; 17, с. 30].

Таким чином, розвиток сфери медичного обслуговування населення позначився тим, що в Україні активно розвивалися аптеки та аптечна справа, яка є невід'ємною частиною медичного обслуговування населення, осередки якої працюють та надають медичну допомогу й донині.

Відбулося посилення контролю за сферою медичного обслуговування населення. Для отримання дозволу здійснювати медичне обслуговування населення в аптечній справі необхідно було скласти кваліфікаційний іспит. Особлива увага приділялась якості лікарських засобів [16, с. 236; 17, с. 30].

Необхідно відзначити, що вагомим підетапом розвитку сфери медичного обслуговування населення є етап правління Миколи II.

У цей період аптеки почали розвиватись як торгові підприємства зі спеціальними виробничими приміщеннями, у яких виготовляли ліки, ветеринарні препарати, косметичні засоби. Устаткування аптек було різним і залежало від фінансових можливостей власника. Кожен провізор намагався якнайкраще оформити торговий зал задля залучення більшої кількості покупців. З метою реклами аптекам надавалися вишукані назви. Аптеки відрізнялися за призначенням та організаційною структурою. Розрізняли королівські, публічні, окружні, військові, домашні, гомеопатичні аптеки та дрогерії. Дрогеріями називали аптечні магазини або магазини санітарії і гігієни, власникам яких заборонялось використовувати в назві слово «аптечний» [16, с. 234]. У зазначених закладах заборонялося виготовляти лікарські засоби, але дозволялося продавати деякі лікарські засоби, що виготовлялися у фабричних умовах і котрі можна було відпускати без рецепта лікаря, а також дозволялося

продавати хімічні засоби та косметологію, хірургічні матеріали для перев'язок, а також фітопрепарати [7, с. 79-80].

Що ж стосується громадських аптек, що мали єдиного власника і передавалися у спадщину, то треба відзначити, що вони функціонували в містах та обслуговували різні верстви населення. Їх приміщення складалися з торгового залу, лабораторії, матеріальної кімнати, у якій зберігались запаси препаратів та лікарської сировини, підвалу та інспекційної кімнати [16, с. 234].

Найбільш визначною з усіх окружних аптек вважалася львівська аптека «Під чорним орлом», яка була заснована Вільгельмом Наторптом. До її функцій входило забезпечення лікарськими засобами військових частин та чиновників міста. За дозволом влади функціонували гомеопатичні аптеки, які виготовляли ліки за рецептами лікаря. Лікарі, які використовували у своїй практиці гомеопатичні засоби, не мали права виготовляти їх у домашній аптеці [16, с. 234]. Відзначимо те, що керівники аптек в окрузі визначалися водночас й очільниками об'єднань аптекарів України.

У ХІХ ст. розпочалося відкриття аптек в інших містах України, а саме: Умані, Житомирі, Вінниці. Саме в цей період видано новий «Устав аптекарський» як основний документ, який регулював діяльність усіх аптек того часу. У ньому визначалися основні права та обов'язки аптекарів, професійно-моральні вимоги, які висувалися до аптекарів, а також обов'язки аптекарів під час відпуску лікарських засобів за рецептами, яких вони мали чітко дотримуватися у частині складу та маси лікарських інгредієнтів. Цим документом також визначалася кількість ліків у кожній аптеці як у наявності, так і за потребою [7, с. 81].

На досліджуваному етапі започатковувався розвиток медичних знань з анатомії, патології, епідеміології, гістології, ембріології тощо, знання та практичні навички з яких запозичалися у європейських науковців сфери медичного обслуговування населення. У цей період був створений перший термометр.

Під час проведення операцій хворі зазнавали значних мук, відбувалося інфікування ран через поширення інфекції аж до виникнення сепсису. При

застосуванні вогнепальної зброї рани мали великі розміри і інфікування їх було досить значним, оскільки приєднувалося ще й інфікування від «порохової отрути». Як бачимо, не було правильних уявлень про раневу інфекцію і методах знезараження ран. У результаті цього розпочався значний розвиток військової хірургії.

Пізніше почав застосовуватися наркоз під час оперативного лікування.

Не було ще й правильних уявлень про раневі інфекції і методи знезараження ран. Тому більшість операцій у середньовічній Європі (до 90%) закінчувалися смертю хворого в результаті сепсису.

Анатомія в лікарських школах почала викладатися на наочних прикладах, тобто на кісткових матеріалах та на анатомічних малюнках. Навчальних посібників ще не було.

Отже, необхідно визначити такі особливості періоду «Імперського етапу» щодо становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення: 1) дозволявся продаж лікарських засобів, які призначалися лікарями для надання медичної допомоги, лише в аптеках; 2) з метою якісного медичного обслуговування відкривалися державні та приватні аптечні заклади, лікарні, госпіталі тощо; 3) працівників сфери медичного обслуговування населення віднесено до почесних громадян та звільнено від військової повинності, постоїв та податків; 4) відбулося реформування Аптекарського наказу на аптекарську канцелярію Головної аптеки, яку в 1721 році перейменовано в Медичну колегію, а згодом - у Медичну канцелярію, яка здійснювала контроль за відпуском лікарських засобів з аптек; 5) створено ботанічний сад на Куренівці, лікарськими засобами з якого забезпечувалася вся Україна під час медичного обслуговування населення; 6) відбувався розвиток хірургії, патології, анатомії, епідеміології, ембріології тощо; 7) впроваджується та розвивається військова хірургія.

Наступним періодом розвитку сфери медичного обслуговування населення є «Радянський етап».

Він характеризується активним розвитком медичних наук та становленням їх на практиці.

Під впливом науково-технічного прогресу та досягнень природничих наук відбулися суттєві зміни в розвитку медико-біологічних наук, які є основоположними у сфері медичного обслуговування населення. З'явилися нові, раніше не відомі розділи і напрями [18].

Медицина зміцнює свої позиції як наука. Експериментальний характер її розвитку стає головним. Особлива увага надається дослідженням з анатомії людини.

Під час підготовки фахівців для сфери медичного обслуговування населення розпочинається навчання на кістках, на наочних матеріалах, які готували художники. Лекції проводяться у спеціальних лекційних приміщеннях, що мають вигляд амфітеатрів.

У цей період відбулося становлення фізіології як самостійної науки. Виникла нагальна потреба у з'ясуванні механізмів процесів, які обумовлювали здоров'я і нездоров'я людини [18].

Відзначимо, що анатомія не виокремлювалася в самостійну дисципліну. Вона об'єднувалася з фізіологією, патологією, а пізніше і патологічною фізіологією. Значний вплив на розвиток медицини в Україні мали російські вчені, які досліджували різного роду патології та механізми їх лікування. Почали з'являтися видатні медичні школи та заклади, які здійснювали підготовку профільних медичних працівників, наприклад, анатомів, епідеміологів, хірургів, фізіологів тощо.

У ХХ ст. посилилася увага до вітамінів, зокрема, способів їх отримання і впровадження в медичну практику під час медичного обслуговування населення. Саме відкриття кожного вітаміну мало свою історію.

З метою забезпечення якісного медичного обслуговування населення та збереження громадського здоров'я в Австро-Угорщині у 1917 році було створене перше Міністерство охорони здоров'я, міністром якого став І. Горбачевський, а друге - в уряді гетьмана П. Скоропадського, міністром якого був В. Любінський. У 1907 р. з'являється Міжнародне бюро суспільної гігієни. У 1944 р. була створена Організація об'єднаних націй, а потім її спеціалізовані організації, у тому числі Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ, 1948)

[18].

У січні 1919 року при тимчасовому робітничо-селянському уряді України було організовано народний відділ охорони здоров'я, який з часом був реорганізований у Народний комісаріат охорони здоров'я (НКЗ). Аптечний відділ був створений у складі Лікувального управління НКЗ УРСР. У травні 1919 року було ліквідовано союз власників аптек і аптечних підприємств, проведено націоналізацію їхнього майна задля забезпечення населення доступною лікарською допомогою в Україні [16, с. 236, 59].

Видатних успіхів у ХХ ст. досягла хірургія. Удосконалення наркозу, антисептики і асептики, застосування штучного знекровлення дозволили проникати в різні ділянки людського тіла, продовжити час оперативного втручання. Розвинулася оперативна хірургія. У цей період як самостійна наука сформувалася анестезіологія. Відбулося впровадження інтратрахеального наркозу, так званого керованого дихання, що мало важливе значення для прогресу хірургії. Епохальною подією стала пересадка серця від померлої людини іншій людині з важкою вадою серця, а також імплантація штучного серця людині з подальшою заміною штучного серця на натуральне.

З моменту бубонної чуми до наших часів сфера медичного обслуговування населення змінилася до невпізнання. Величезним відкриттям у медицині ХХ століття вважається винахід пеніциліну як першого антибіотика. З дати відкриття пеніциліну (1928 р.) стало можливим лікування багатьох хвороб, які раніше вважалися невиліковними, а також дифтерії, скарлатини, сифілісу тощо. До речі, пеніцилін врятував життя багатьом бійцям за часів першої та другої світових воєн. Після важкого поранення в умовах відсутності гігієни рани часто загнівали, а пеніцилін виручав від зараження крові [18].

Відбувалося впровадження нових методів дослідження під час медичного обслуговування населення, що значно розширило можливості наукової анатомії і ще більш наблизило її до клінічної медицини. У цей період відбулося відкриття променів Рентгена і створення рентген-анатомії, яка надала можливість застосувати метод рентгенодіагностики в амбулаторних умовах.

Серйозним винаходом у сфері медичного обслуговування населення є

винайдення генетики. Так, у 1911 році Т. Morgan створив хромосомну теорію спадковості, основою якої є матеріалістична концепція гена. Відповідно, ХХ століття стало періодом бурхливого розвитку генетики, а на її базі створювалися нові напрями, а саме: молекулярної генетики та молекулярної біології [18]. Це, перш за все, стосується обґрунтування і розвитку теорії спадковості, яка була започаткована працями чеського ченця Г. Менделя і німецького біолога А. Вайсмана. Космічною медициною завдяки глибокому пізнанню фізіології відкрито значні внутрішні людські резерви, накопичений великий досвід активного управління процесами адаптації організму і стабілізації здоров'я людини в різних екстремальних умовах, що поглибило теорію і практику сфери медичного обслуговування населення [18].

У 1901 році російський учений Л. Соболев відкрив внутрішньосекреторну діяльність острівців Лангерганса і намітив шлях отримання їх екстракту. Канадський фізіолог Ф. Бантінг у 1921 році отримав в чистому вигляді гормон лангергансових острівців - інсулін, який знайшов широке застосування в лікуванні цукрового діабету. У 1954 році Джон Солк отримав убиту вакцину поліомієліту, а Альберт Себін – живу ослаблену пероральну вакцину проти поліомієліту, що привело до різкого зниження захворюваності поліомієлітом. У 1958 році була розроблена також вакцина проти жовтої лихоманки [18].

На розвиток сфери медичного обслуговування населення справили вплив і досягнення технічних наук. Так, подружжям Жоліо-Кюрі в 1934 році було відкрито явище штучної радіоактивності, яке визначило способи застосування радіоактивних ізотопів для дослідження різних процесів в організмі. Обидва відкриття сприяли розвитку рентгенології, радіології, радіобіології та інших суміжних дисциплін. У 1923 році телевізійному і електронному моніторингу у сфері медичного обслуговування населення поспривав винахід В. Зворкина щодо побудови першої телевізійної камери та екрану. У 1942 році Р. Дюссик здійснив перше ультразвукове дослідження, під час якого виявив пухлину мозку [18].

Починаючи з 60-х років, в Україні розгорнулося будівництво великих лікарень для забезпечення потреб населення у всіх видах висококваліфікованої

медичної допомоги. Будівництво багатoproфільних центрів сприяло розвитку спеціалізованої медичної допомоги, інтенсивне становлення якої вимагало серйозної перебудови вищої медичної освіти – від підготовки лікарів загального профілю до підготовки спеціалістів з окремих галузей медицини [19, с. 3-4].

Основи законодавства про охорону здоров'я, закладені у 1969 році, стали узагальнювальним актом і основним правовим документом [20, с. 104]. У ньому вперше на рівні закону був узагальнений і закріплений досвід у сфері медичного обслуговування населення, який був накопичений за майже піввіковий період діяльності радянської системи охорони здоров'я [19, с. 159].

Відповідно до постанови ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР «Про заходи щодо подальшого поліпшення охорони здоров'я народу» (1977) було визначено широку програму будівництва поліклінік, великих багатoproфільних лікарень, пологових будинків, дитячих поліклінік, дитячих санаторіїв та інших медичних закладів. Були встановлені завдання щодо створення й виробництва нової медичної техніки [19, с. 159].

У вирішенні завдань охорони здоров'я вагоме місце належало розробленій в країні концепції організації первинної медичної допомоги. Пріоритет профілактики у створенні системи первинної медичної допомоги дав змогу ефективно розв'язати такі проблеми, як ліквідація віспи, чуми, холери, істотно знизити захворюваність на інші інфекційні хвороби. Профілактичний напрям радянської охорони здоров'я забезпечувався в державних масштабах проведенням таких важливих заходів, як охорона довкілля, у тому числі санітарна охорона атмосферного повітря, ґрунту, водоймищ, кордонів, оздоровлення умов праці, побуту й відпочинку населення, що були передбачені санітарним законодавством. Додержання санітарних норм і правил контролювалося санітарно-епідеміологічною службою, серед населення проводилася санітарно-освітня робота [19, с. 159].

Розвиток і поглиблення наукових досліджень у галузі теоретичної та клінічної медицини зумовили необхідність виділення вузьких медичних спеціальностей. Українські радянські учені-медики у співпраці з інженерами

зробили суттєвий внесок у науково-діагностичне та лікувально-медичне приладобудування [21, с. 729].

З середини 70-х років ХХ ст. почалося зниження темпів економічного зростання в країні, що відбилося на всіх галузях народного господарства, у тому числі й на системі медичного обслуговування населення, фінансування якої проводилося за залишковим принципом. Частка бюджетних видатків на охорону здоров'я неухильно зменшувалась, що різко сповільнило процес оновлення матеріально-технічної бази системи охорони здоров'я, її модернізацію, зумовило низьку заробітну плату медичних працівників [19, с. 159].

Негативний вплив на сферу медичного обслуговування населення справила Чорнобильська катастрофа, яка сталася в Україні у 1986 році. З метою дослідження наслідків цієї аварії було засновано Науковий центр радіаційної медицини АМН України, який координував диспансерний нагляд за ліквідаторами ЧАЕС.

У 80-х роках ХХ ст. сфера медичного обслуговування населення все помітніше відчувала труднощі, пов'язані з недостатнім фінансуванням і екстенсивним механізмом розвитку. Суперечності між масштабами завдань та рівнем їх фінансування зростали. Реальні можливості сфери медичного обслуговування населення відставали від потреб населення у медичній допомозі. Потрібні були серйозні зміни в системі фінансування, впровадження нових економічних методів управління сферою медичного обслуговування населення, ширше залучення державних і приватних структур. Спроби проведення окремих економічних експериментів у сфері медичного обслуговування населення не дали очікуваних результатів [19, с. 160].

Реальність же протягом усього радянського будівництва залишалася суворою: постійна дефіцитність медичного обслуговування населення, хронічна нестача місць у лікувальних закладах, незадовільні умови праці та побуту для переважної більшості населення, прогресуюче погіршення екологічної ситуації і навіть майже неймовірне – недостатність медичного персоналу, хоч в СРСР та УРСР кількість лікарів і середнього медичного персоналу постійно зростала. На

теренах України працювало 15 медичних вишів, 99 медичних училищ, які щороку випускали тисячі лікарів і середнього медперсоналу. На кожні 300 осіб населення припадав 1 лікар і 3 медичні працівники середньої ланки – показник чи не найвищий у світі [21, с. 748]. За статистичними показниками все було гаразд і в інших вимірах охорони здоров'я: в Україні діяли понад 750 санітарно-епідеміологічних станцій, у складі яких було 685 бактеріологічних і 196 санітарно-гігієнічних лабораторій, які контролювали стан довкілля, будівництво промислових і комунальних об'єктів, водогонів, очисних споруд, виробництво їжі, охорону праці тощо [21, с. 748].

Стан довкілля і санітарно-гігієнічні умови на виробництві і в побуті погіршувалися. Незадовільний стан зберігався і щодо охорони праці сільського населення. Збереження принципу територіальної дільниці забезпечувало наближення медичної мережі до населення, а об'єднання поліклінічної та стаціонарної допомоги в межах одного закладу допомагало здійснювати наступність лікування [19, с. 160].

У 70–80-х роках ХХ ст. в Україні діяло близько 10 тис. амбулаторно-профілактичних і стаціонарних лікувально-профілактичних медичних закладів, в яких нараховувалося майже 610 тис. лікарняних ліжок. Кількість лікувально-профілактичних ліжок слід охарактеризувати як велику. І все ж їх весь час не вистачало, що зумовлювалося розвитком негативних тенденцій у стані здоров'я населення, насамперед зростанням захворюваності серцево-судинними, онкологічними, пульмонологічними та нервовими хворобами. У 80-ті роки минулого століття кожен житель України звертався за медичним обслуговуванням в середньому 10 разів на рік, що є надто високим показником. Щодо таких масштабних починань, як загальна диспансеризація всіх жителів України, яка мала на меті раннє виявлення захворювань і профілактику, то вони не виправдали сподівань, бо залишилися більше в царині ідеологічній, ніж практичній, і не були забезпечені необхідними ресурсами [19, с. 160].

Більш вдалимими були спроби налагодження диспансеризації за окремими захворюваннями - такими, як туберкульоз, ревматизм, інфарктна хвороба. Так, зокрема, було створено в цілому ефективну службу диспансеризації, лікування і

реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарда. І якщо не в такому вже далекому минулому майже 80 % пацієнтів після інфаркту міокарда не поверталися до активного життя, то у 80-ті роки ті самі 80 % після проходження повного курсу науково обґрунтованих заходів реабілітації поверталися до праці та повноцінного життя [21, с. 749]. Доволі позитивно зарекомендувала себе служба швидкої та невідкладної медичної допомоги. Важливим етапом розвитку швидкої допомоги стало створення бригад для надання спеціалізованої допомоги хворим, а також будівництво спеціальних лікарень швидкої допомоги у великих містах України – Києві, Донецьку, Запоріжжі, Миколаєві, Харкові, Сімферополі тощо [19, с. 160].

У ХХ ст. на розвиток медичного обслуговування населення вплинуло усвідомлення загальної небезпеки розв'язування третьої світової війни, об'єднання зусиль прогресивних сил для запобігання війнам, ядерній катастрофі, загроза екологічної катастрофи, демографічна проблема, продовольча проблема тощо. З ініціативи учених-медиків було створено міжнародний рух «Лікарі світу за запобігання ядерній війні» [22, с. 542].

*Отже, «етап Радянської доби» становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення характеризувався як позитивними, так і негативними моментами, в результаті чого необхідно визначити такі ознаки: 1) розвиток медико-біологічних наук як основоположних у сфері медичного обслуговування населення; 2) створення першого Міністерства охорони здоров'я; 3) створення Організація об'єднаних націй та Всесвітньої організації охорони здоров'я; 4) винайдено перший антибіотик із назвою пеніцилін, який застосовується донині під час медичного обслуговування населення; 5) відкриття променів Рентгена і створення рентген-анатомії, яка надала можливість застосувати метод рентгенодіагностики в амбулаторних умовах; 6) створення УЗД – діагностики; 7) винайдення генетики та хромосомної теорії спадковості; 8) винайдення перших вакцин.*

*Наступним періодом становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення є етап «Самостійної України» (кінець ХХ – донині).*

З 1991 року розпочався період створення нормативно-правових основ

медичного обслуговування населення відповідно до сучасних соціально-економічних умов.

Уже в 1992 році були прийняті Основи законодавства України про охорону здоров'я, в яких було закладено основні засади функціонування сфери медичного обслуговування населення. У Конституції України проголошено право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. З метою забезпечення сфери медичного обслуговування населення у 1993 році створено Академію медичних наук України [19, с. 161].

Трансформації у соціально-економічній сфері супроводжувалися погіршенням фінансування сфери медичного обслуговування населення та інших соціальних програм. Сфера медичного обслуговування населення України перестала відповідати основним сучасним вимогам – забезпечувати збереження й зміцнення здоров'я народу, гарантувати доступність і якість кваліфікованого медичного обслуговування населення, що викликало потребу в її реформуванні. Необхідність системного підходу до планування та здійснення реформ обумовила розробку Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, яка визначила принципи і шляхи реформування галузі на сучасному етапі й стала стратегією розбудови на майбутні роки [19, с. 161].

Із врахуванням реального стану здоров'я населення було визначено фактичні потреби в основних видах медичного обслуговування, уточнено штатні нормативи лікувально-профілактичних закладів. Були проведені впорядкування й оптимізація ліжкового фонду, що дало можливість змінити структуру витрат на безпосереднє забезпечення лікувально-діагностичного процесу. При цьому поліпшилися показники використання лікарняних ліжок – цілком обґрунтовано знизився рівень госпіталізації, збільшилася середня зайнятість стаціонарних ліжок, скоротилася середня тривалість перебування хворих у лікарнях, зменшилися ресурсні витрати галузі. Раціоналізації використання лікарняних ліжок сприяв розвиток денних стаціонарів при амбулаторно-поліклінічних закладах і стаціонарів удома [19, с. 161].

Відзначимо, що було сформульовано нормативно-правові засади сфери медичного обслуговування населення в Україні, якими визначено основні

принципи та шляхи реформування зазначеної сфери на сучасному етапі, що стало стратегією розбудови на майбутні роки із визначеними основоположними завданнями та цілями.

Так, стратегічними завданнями кадрової політики було визначено вдосконалення системи кадрового забезпечення сфери медичного обслуговування населення з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб; запровадження в установленому порядку укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому – з усіма медичними працівниками; реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар – медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки; реформування ступеневої медичної і фармацевтичної освіти; здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями; розширення підготовки сімейних лікарів – лікарів загальної практики; розроблення нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-професійних програм і засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників; удосконалення системи підготовки медичних сестер, розроблення і реалізацію програми розвитку медсестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду. Оптимізації лікувально-профілактичної допомоги сприяло впровадження ефективних медичних технологій, розроблення стандартів діагностики та лікування, створення системи забезпечення і контролю за якістю медичної допомоги на основі стандартів лікування, сертифікації та атестації медичних працівників, акредитації і ліцензування закладів охорони здоров'я [19, с. 161].

Важливу роль у розбудовчих процесах сфери медичного обслуговування населення забезпечував потужний науковий потенціал охорони здоров'я України. Актуальні проблеми медицини вирішували 35 інститутів Академії медичних наук України і 22 наукових заклади Міністерства охорони здоров'я України. Наукові дослідження з актуальних проблем медичного обслуговування населення проводилися також і у вищих навчальних закладах.

Огляд історичної спадщини розвитку охорони здоров'я в Україні свідчить про складний шлях, пройдений нею. На цьому шляху сфера медичного обслуговування населення зазнавала як успіхів, так і невдач, пов'язаних з низкою зовнішніх і внутрішніх чинників, проте свою головну функцію – забезпечення населення доступною медичною допомогою – вона виконала. «Кожне століття в історії нашої держави має свій неповторний вигляд. XX століття відрізняється від попередніх особливим динамізмом, масштабом подій і якістю змін [19, с. 161].

Необхідно відзначити те, що сучасна сфера медичного обслуговування населення сьогодні потребує удосконалення та покращення її діяльності, тобто потребує справжнього реформування галузі.

Індикатором цього є різке щорічне зниження кількості населення в Україні, яке пов'язане з економічною, екологічною та демографічною ситуацією в країні. У результаті різноманітних чинників в країні відбувається перевищення смертності населення над народжуваністю.

Відповідно до статистичних Державної служби статистики України за 2004-2013 роки населення країни скоротилося на 0,9 млн. осіб, а з 2014-2019 років - на 10 млн. осіб. Так, за даними Європейської бази «Здоров'я для всіх» за рівнем смертності населення Україна посідає друге місце серед країн ЄС – 34,6 на 1000 осіб населення (середньоєвропейський показник – 10,5, країн ЄС – 9,7). Протягом 1991 – 2014 років загальний показник смертності в Україні збільшився на 12,7%, а 2014-2019 років – на 38,1 %, натомість у країнах ЄС він зменшився на 6,7% [13, с. 167].

Високий рівень смертності в Україні обтяжений тим, що він стосується, насамперед, людей працездатного віку – стандартизований коефіцієнт смертності населення у працездатному віці (775 на 100 тис.) у 4,4 рази перевищує аналогічний показник країн ЄС і в 2,5 рази – середній показник у Європі. До всього маємо невтішну картину низької народжуваності в Україні, високий рівень поширення хронічних неінфекційних захворювань, невисоку очікуваність тривалості життя при народженні (63,12 років у чоловіків і 75,03 років у жінок – за даними 2019 року) [13, с. 167].

На сьогодні сфера медичного обслуговування населення в Україні стала досить розвинутою та багатогранною завдяки впровадженню різного роду медичних реформ.

Тож, можна констатувати, що останнім часом у сфері медичного обслуговування населення відбулося чимало позитивних змін. Перш за все це збільшення обсягів виробництва лікарських засобів, розвиток і упорядкування аптечної мережі, створення механізму впровадження Програми «Доступні ліки» тощо. Але залишилося й багато невирішених проблем. Зокрема, потребує подальшого вдосконалення законодавча база у сфері медичного обслуговування населення, існує потреба у впровадженні страхової медицини, слід вирішувати питання, пов'язані з недостатнім фінансуванням фармакологічної науки [23, с. 23; 63].

Водночас були визначені основні напрями й пріоритети розвитку сфери медичного обслуговування населення, як-от: по-перше, інтеграція України до економічного світового співтовариства; по-друге, глобальні структурні процеси в економіці; по-третє, підвищення рівня забезпечення населення якісними та ефективними лікарськими засобами; по-четверте, підвищення соціально-економічної ефективності використання ресурсів медичного обслуговування населення. Суттєвими факторами, що впливають на стандарти функціонування сфери медичного обслуговування населення, доступність лікарських засобів та охорони здоров'я загалом, є рівень власного медичного забезпечення та науково-технічного потенціалу, системи фінансування охорони здоров'я, рівень культури (традицій) тощо [24].

Упровадження реформи сфери медичного обслуговування населення передбачало запровадження в повному обсязі системи реімбурсації лікарських засобів у межах державного гарантованого пакета медичної допомоги. З метою реалізації усіх вищевизначених позицій щодо реформування сфери медичного обслуговування населення Міністерство охорони здоров'я України затверджує та впроваджує у життя цілу низку наказів, спрямованих на забезпечення програми відшкодування вартості лікарських засобів під час медичного обслуговування населення.

Ще одним важливим елементом історичного розвитку сфери медичного обслуговування населення є також старт у 2017 році урядової ініціативи щодо запровадження нового цінового регулювання лікарських засобів та програми відшкодування їх вартості під час амбулаторного лікування осіб із серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом II типу, бронхіальною астмою за переліком 21 міжнародної непатентованої назви лікарських засобів. Було затверджено Порядок відшкодування вартості лікарських засобів та визначення розміру цього відшкодування, форму звіту про відпущені лікарські засоби, а також внесені зміни та доповнення в урядові нормативні акти, відповідно до яких здійснюється державне регулювання цін на лікарські засоби [25].

Найближчим часом лікарі як фізичні особи-підприємці, які одержали ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики, матимуть право виписувати рецепти на лікарські засоби, вартість яких підлягає відшкодуванню в межах програми «Доступні ліки». У грудні 2018 року перелік безоплатних ліків за програмою «Доступні ліки» збільшився з 5% до 10%, також збільшився перелік захворювань, які підпадають під умови Програми. Перелік безоплатних ліків збільшено щонайменше на 30 препаратів. Під цю програму потрапляють усі фармацевтичні виробники, ціни на медикаменти яких не перевищують 10% від вартості найдешевшого препарату згідно з міжнародною непатентованою назвою. Таким чином, нині за програмою «Доступні ліки» пацієнти із серцево-судинними захворюваннями, бронхіальною астмою та діабетом II типу можуть отримати 261 препарат, з них 59 – безоплатно. Отримати ліки за рецептом від лікаря наразі можна в кожній третій аптеці в Україні [26].

Слід відзначити й те, що вже з 1 квітня 2019 року контракування аптечних закладів та відшкодування вартості відпущених лікарських засобів у межах програми «Доступні ліки» проводитиметься не закладами охорони здоров'я чи муніципалітетами, а безпосередньо одним головним оператором бюджетних коштів, яким є Національна служба здоров'я України [7, с. 54].

З метою реалізації цих програм на сьогодні в Україні працює більше 50 фармацевтичних фабрик, 21 завод і близько 120 фірм. Абсолютна більшість

лікарських засобів (75–80%) випускаються найбільшими підприємствами вітчизняної сфери обігу лікарських засобів.

У грудні 2019 року з метою запобігання виготовленню та реалізації лікарських засобів посилено кримінальну відповідальність аж до позбавлення волі довічно з конфіскацією майна.

Отже, основними особливостями становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення у період «Самостійної України» слід визначити такі: 1) невідповідність сфери медичного обслуговування населення основним сучасним вимогам, а саме: неспроможність забезпечення збереження й зміцнення здоров'я народу, неспроможність гарантування доступності та якості кваліфікованого медичного обслуговування населення; 2) зниження рівня надання стаціонарної та амбулаторної медичної допомоги, як невід'ємної частини медичного обслуговування населення (відбувається збільшення середньої зайнятості стаціонарних ліжок, скорочення середньої тривалості перебування хворих у лікарнях, зменшення ресурсних витрат галузі; 3) формування нормативно-правових засад функціонування сфери медичного обслуговування населення в Україні; 4) впровадження укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а також з усіма медичними працівниками зазначеної сфери; 5) упровадження урядової Програми «Доступні ліки»; 6) запровадження системи відшкодування коштів відповідно гарантованого пакета медичної допомоги у рамках програми «Доступні ліки», яка надається не закладами охорони здоров'я чи муніципалітетами, а безпосередньо одним головним оператором бюджетних коштів, яким є Національна служба здоров'я України.

## **1.2. Поняття та правова природа медичного обслуговування населення**

В умовах сьогодення значної актуальності набувають питання забезпечення медичного обслуговування населення. З цією метою необхідно, на наш погляд, дослідити такі категорії, як «здоров'я», «здоров'я населення», «охорона здоров'я», «допомога», «медична допомога» та «медичне обслуговування населення» тощо.

Українське законодавство закріплює такі визначальні поняття, як здоров'я, його охорона та заклади, медико-санітарна допомога.

В усі часи здоров'я людини розглядалось як одна з найвищих цінностей суспільства, що становить основу економічного та духовного розвитку держави.

Ще стародавні римляни проголошували: «Здоров'я – найвище благо!» [27].

Протягом багатовікової історії людства на різних етапах розвитку суспільства вивченню проблем здоров'я завжди приділялася велика увага. Представники різних наук та фахів робили спроби проникнути в таємниці феномена здоров'я, визначити його сутність для того, щоб навчитися вміло керувати ним, економічно використовувати здоров'я протягом усього життя, знаходити способи і засоби для його збереження [28].

Категорія «здоров'я» визначається науковцями не тільки у сфері медицини, а й у галузях філософії, соціології та правознавства. Основним завданням такого тлумачення є об'єктивне відображення реальної сутності об'єкта та предмета дослідження, яке вимагає врахування різних позицій «профільних» наук щодо досліджуваного явища.

Сьогодні здоров'я – основний життєвий скарб людства, і від нас залежить, як ми його будемо берегти і який спосіб життя оберемо для його підтримання [29].

Основи законодавства про охорону здоров'я визначають поняття «здоров'я» як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад [30].

У загальному розумінні здоров'я тлумачиться як природний стан організму, який характеризується його рівновагою з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хворобливих змін [31, с. 7].

Разом з тим Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) трактує здоров'я як стан повного соціального, біологічного і психологічного благополуччя людини, а не тільки відсутністю хвороб і фізичних вад [32].

Виходячи з цього, здоров'я людини не можна розглядати як щось незалежне, автономне. Воно залежить від багатьох чинників: кліматичних умов, стану довкілля, забезпечення продуктами харчування та їх цінності, соціально-економічних умов, а також стану медичної допомоги, а отже, є результатом впливу природних, антропогенних та соціальних чинників. На здоров'ї позначається й несприятлива екологічна обстановка, зокрема, забруднення повітря, води, ґрунту, а також складні природно-кліматичні умови. Стан здоров'я людини також залежить від того, чи становить воно для людини цінність. Адже це визначає, якою мірою людина готова піклуватися про нього, дотримуватися здорового способу життя [33].

Деякі дослідники розглядають здоров'я як одне з головних джерел повноцінного життя, щастя, радості, успіху. Воно є не лише особистим надбанням людини, але й суспільним багатством, одним із найважливіших показників добробуту народу [28].

Н.П. Кризина визначає здоров'я як складову людського розвитку. За її твердженням, цей феномен можна розглядати як безцінний, універсальний та незамінний засіб для досягнення всього розмаїття цілей індивіда, найнеобхіднішу умову для повноцінного розвитку людини. Здоров'я, таким чином, сприймається не тільки і не стільки як здатність до фізично благополучного існування, а як здатність до виконання соціально-трудова функцій, до відтворення сукупності людських здібностей та потреб взагалі [34, с. 28].

Відзначимо, що саме здоров'я визнається в умовах сьогодення найвищою соціальною цінністю.

Ціннісний зміст здоров'я акумулюється щодо людини (соціуму) до такого стану, який забезпечує успішну (гідну, прийнятну для певних умов) життєдіяльність. Разом з відношенням людини до здоров'я створюється й система його ціннісних орієнтацій, переваг, цілей, без яких людське існування позбавляється сенсу. У свій зміст здоров'я як цінність включає безліч субцінностей, що мають значення життєвого сенсу для людини. Здоров'я - це і насолода, і користь, і слава, і краса, і добро, і щастя. І в цьому відношенні про здоров'я можна говорити як про універсальну цінність [35].

Узагальнивши вищевикладене, необхідно, на наш погляд, сформулювати положення про те, що універсальною детермінантою **здоров'я як багатогранного та багатоаспектного явища виступає фізіологічне та духовне благополуччя людини.**

Здоров'я людини вважається тією категорією, котра поряд із життям визначає підґрунтя соціальних цінностей людини та населення в цілому.

Саме тому доцільно визначитися із сутністю таких понятійних категорій, як «здоров'я людини» та «здоров'я населення». На наш погляд, «здоров'я людини» є менш конкретно визначеним поняттям, яке пов'язане з характеристикою індивідуальних особливостей та різноманітністю факторів, які впливають лише на здоров'я людини. А поняття «здоров'я населення» є більш широкою категорією, яка характеризується кількісними демографічними показниками щодо народження, смертності, захворюваності та визначення середньостатистичної тривалості життя тощо.

Якщо говорити про категорію «здоров'я людини», то В. А. Фролов визначає її як природний стан організму, що характеризується його повною рівновагою із біосферою та відсутністю будь-яких виражених хворобливих змін [36, с. 356].

Основними характерологічними ознаками здоров'я людини Велика медична енциклопедія визначає такі: природний стан організму, зв'язок із біосферою та відсутність різного роду захворювань тощо.

Відзначимо, що здоров'я населення є одним із найважливіших показників соціально-економічного та екологічного добробуту суспільства, його демографічного, духовно-культурного, політичного, наукового, біологічного та етичного потенціалу. Воно також є об'єктивним критерієм ефективності заходів законодавчих і виконавчих органів влади. Цей термін охоплює фізичні, психічні, духовні та соціальні аспекти життєдіяльності суспільства в цілому [37].

З економічної точки зору здоров'я населення визначають як передумову економічного зростання нації [38; 39].

Крім того, сучасна соціальна парадигма, ґрунтуючись на ідеї важливості інвестицій у людину, виходить з того, що охорона здоров'я не стільки соціально-витратна, скільки соціально-інвестиційна сфера [40], тому охорона здоров'я має велике значення для подальшого суспільного розвитку.

Разом з тим під здоров'ям населення необхідно розуміти **фізіологічне, духовне, психологічне та соціальне благополуччя людей, яке забезпечує їх життєдіяльність, що відображає стан природного функціонування їх організму (тобто без наявності патологій та порушення функціонування органів і систем).**

Слід зазначити, що здоров'я людей у суспільстві залежить від якісного та доступного медичного обслуговування населення, яке визначається основними показниками, що свідчать про ефективність системи охорони здоров'я та рівень цивілізованості будь-якого суспільства.

Здоров'я та тривалість життя населення залежать від багатьох чинників, а саме: екологічної ситуації, якості повітря, питної води, продуктів харчування, а також від якості медичного обслуговування населення [41].

Саме тому з метою ґрунтовного дослідження поняття та правової природи медичного обслуговування населення необхідно зосередити увагу на адміністративно-правовому аналізі сутності таких категорій, як *«обслуговування», «обслуговування населення» та «медичне обслуговування населення».*

Так, Вікісловник визначає поняття «*обслуговування*» як будь-яку дію, що вчинена однією стороною для іншої сторони та має нематеріальний характер і не приводить до виникнення права власності на що б те не було. Обслуговування може бути, а може й не бути пов'язане з фізичним продуктом [42].

Академічний словник української мови трактує «*обслуговування*» як виконання роботи, функцій, пов'язаних із задоволенням чиїх-небудь запитів, потреб тощо [43].

Разом з тим «*обслуговування населення*» – це організована діяльність суб'єктів підприємницької діяльності, пов'язана з наданням послуг [44, 45].

Обслуговування населення з метою виявлення, попередження, нагляду за станом здоров'я, лікування та профілактики здійснюється медичними закладами та кваліфікованими працівниками сфери охорони здоров'я і входить до медичного обслуговування населення.

Саме тому необхідно відзначити, що категорія «медичне обслуговування населення» не визначається сьогодні ні науковцями, ні законодавцями.

Словник іншомовних слів визначає медичне обслуговування населення як раннє виявлення захворювань, систематичний медичний нагляд за станом здоров'я певних груп здорових людей та багатьох категорій хворих, впровадження оздоровчих заходів тощо [46].

На наш погляд, таке трактування не розкриває сутності досліджуваної категорії через те, що воно неповною мірою охоплює увесь комплекс послуг, які входять до цього поняття.

Відзначимо, що урядовцями було зроблено спробу визначити та окреслити межі зазначеної категорії та визначити перелік послуг, які входять до медичного обслуговування населення.

Так, у Проекті Закону України «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні» сформульовано, що медичне обслуговування населення – це діяльність закладів охорони здоров'я, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку у сфері охорони здоров'я або сертифікат на професійну діяльність

молодшого спеціаліста з медичною освітою, що не обов'язково обмежується медичною допомогою [47].

*Щодо трактування зазначеного поняття слід додати, що це трактування чомусь обмежує коло фахівців, які мають право здійснювати медичне обслуговування населення, бо воно зводиться лише до кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста. На наш погляд, зазначений вид діяльності повинні здійснювати фахівці не лише рівня молодшого спеціаліста, а й ступенів бакалавра, магістра, кандидата та доктора медичних наук.*

Сфера медичного обслуговування населення в Україні наразі не задовольняє потреби населення у сфері охорони здоров'я та ігнорує міжнародні тенденції щодо зміцнення системи охорони здоров'я, що, у свою чергу, обмежує доступ усіх громадян до надання медичної допомоги належної якості, ефективності та безпеки [48].

Невідповідність системи охорони здоров'я потребам населення значною мірою зумовлена неефективністю організації медичного обслуговування населення, а також критичним станом її основного інституційного компонента – закладів охорони здоров'я, недостатнім використанням потенціалу закладів охорони здоров'я недержавної форми власності, у тому числі фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики, особливостям надання медичної допомоги у межах державних гарантій у сфері охорони здоров'я [48].

Водночас існує тенденція розгляду реформи медичного обслуговування без згадування про критично низький рівень фінансування з громадських джерел, виснаження основних фондів комунальних і державних закладів охорони здоров'я, їх технологічну відсталість. Відбувається нав'язування штучної думки, що лише надконцентрація повноважень щодо управління і фінансування (у наявних обсягах) медичного обслуговування населення може забезпечити швидкий прогрес [48].

З метою удосконалення категорії **«медичне обслуговування населення»** вважаємо за доцільне сформулювати власне її визначення, **під яким необхідно розуміти цілеспрямовану та організовану діяльність ліцензованих закладів**

**охорони здоров'я та/або сертифікованих кваліфікаційних медичних працівників, з метою надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг.**

**Із вищевикладеного необхідно визначити такі основні ознаки медичного обслуговування населення:**

- **цілеспрямована та організована діяльність;**
- **визначення кола суб'єктів діяльності: ліцензовані заклади охорони здоров'я та/або сертифіковані кваліфікаційні медичні працівники;**
- **метою діяльності є надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг.**

Необхідно відзначити, що медичне обслуговування населення включає в себе не лише різного роду медичну допомогу, а й надання усього переліку медичних послуг. Таким чином, вважаємо за необхідне сформулювати різновиди надання медичних послуг у сфері медичного обслуговування населення.

Відповідно до зазначеного необхідно визначити поняття *«медичної допомоги»* та *«медичної послуги»*, які є структурними елементами медичного обслуговування населення.

Так, під «медичною допомогою» розуміють діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямовану на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку із хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку із вагітністю та пологами [30].

Вільна енциклопедія Вікіпедія визначає «медичну допомогу» як комплекс діагностичних і лікувальних заходів, спрямованих на встановлення діагнозу, усунення чи зменшення симптомів і проявів захворювання чи патологічного стану, з приводу якого звернувся пацієнт, на нормалізацію його життєдіяльності, покращення чи відновлення здоров'я [49].

Разом з тим «медична допомога» визначається як вид діяльності, який включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності, та

здійснюється професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства. [50].

Водночас поняття «медична допомога» трактується як медична послуга або комплекс медичних послуг, що надається пацієнтам із застосуванням діагностичних та лікувальних методів включно з лікарськими засобами, передбаченими медико-технологічними документами [48].

*Ми підтримуємо зазначену позицію щодо досліджуваної категорії в частині того, що медична допомога визначається як різновид медичної послуги або комплекс медичних послуг. У той же час у нас виникає заперечення в частині того, що медична допомога не завжди надається пацієнтам лише із застосуванням діагностичних та лікувальних засобів, оскільки профілактичні та лікувально-фізкультурні методи медичної допомоги не завжди включають у себе застосування лікарських засобів.*

Саме тому, на наш погляд, доцільно було б запропонувати власне визначення категорії «медичної допомоги» як різновиду медичної послуги або комплексу медичних послуг, які надаються з профілактичною, діагностичною, лікувальною та реабілітаційною метою (включаючи вагітність та пологи) відповідно до встановлених нормативних документів.

**Із вищезазначеного необхідно визначити такі ознаки медичної допомоги:**

- це є різновид медичної послуги або комплексу медичних послуг;
- профілактична, діагностична, лікувальна та реабілітаційна мета (включаючи вагітність та пологи) надання;
- наявна відповідність встановленим нормативним документам, які врегульовують діяльність у сфері медичного обслуговування населення.

Відповідно до запропонованої детермінанти «медичної допомоги» виникає потреба у визначенні такої категорії, як «медична послуга».

Необхідно відзначити те, що поняття «медична послуга» з'явилося у законодавстві України ще на початку 90-х років минулого сторіччя, однак до

цього часу у більшості актів чинного законодавства це поняття використовується набагато рідше, ніж поняття «медична допомога» [51].

Конституційний Суд України у своєму рішенні від 25 листопада 1998 року № 15-рп/98 (справа про платні медичні послуги) зазначив, що зміст поняття «медична допомога» Конституція України не розкриває. Немає його визначення також в Основах законодавства про охорону здоров'я та інших нормативних актах [51].

Проте у медичній науці поняття «медична допомога» переважно охоплює лікування, профілактичні заходи, які проводяться під час захворювань, травм, пологів, а також медичний огляд та деякі інші види медичних робіт. Зміст же поняття «медична послуга» до цього часу залишається не визначеним не тільки в нормативних актах, а й у медичній літературі. Таким чином, Конституційний Суд України констатував факт відсутності визначень поняття «медична послуга». На жаль, на нормативному рівні це питання досі не врегульоване [51].

Разом з тим лише Основи законодавства України про охорону здоров'я у статті 3 (з урахуванням змін, що вносяться проектом Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» № 6327) виділяє таке поняття, як послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга). Це послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, який зареєстрований та одержав в установленому законом порядку ліцензію на проведення господарської діяльності з медичної практики та робота якого оплачується її замовником. Замовниками послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт [52, с. 298].

*На наш погляд, це визначення у частині надання послуги пацієнту закладом охорони здоров'я є не зовсім коректним, оскільки безпосередньо сам заклад здійснювати якусь дію чи надавати послугу самостійно не здатен, а при цьому обов'язково має бути фізична особа, яка її надає.*

Так, «медична послуга» - це послідовно визначені дії або комплекс дій суб'єкта господарювання у сфері охорони здоров'я, спрямовані

на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку із хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку із вагітністю та пологами, які мають самостійне значення і використовуються як основа планування їх обсягу та вартості [48].

С.В. Антонов визначає «медичну послугу» як вид професійної або господарської діяльності медичних закладів (організацій), фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною юридичною практикою, що включає застосування спеціальних заходів щодо здоров'я (результатом яких є поліпшення загального стану, функціонування окремих органів або систем організму людини) чи спрямованих на досягнення певних естетичних змін зовнішності [53, с. 20].

О.О. Прасов розглядає медичну послугу як дію медичних працівників, що покликані задовольняти потреби людини щодо здоров'я, у широкому сенсі, та дії медичних працівників, які покликані задовольняти потреби людини щодо здоров'я і не охоплюються поняттям медична допомога, – у вузькому [54, с. 5].

Більш деталізоване визначення медичної послуги сформульоване О.О. Тихомировим, який розглядає її як спеціальну професійну послугу в межах обґрунтованого ризику відповідно до договірних зобов'язань, за межами якого виникнення фізичної, матеріальної та моральної шкоди не є правомірним, а результатом медичної послуги є стан здоров'я, який обумовлений її належним виконанням [55, с. 36].

І.В. Венедиктова розглядає медичну послугу як корисну діяльність того, хто її надає, яка, маючи нематеріальний характер, спрямована на задоволення потреб щодо здоров'я фізичної особи. [56, с. 45].

Л.В. Щербаченко сформулював таке визначення досліджуваного поняття: «медична послуга» - це послуга лікувально-профілактичного характеру, яка здійснюється одним або бригадою медичних працівників у процесі лікування хворого» [57, с. 170].

С.С. Шевчук медичною послугою називає один із різновидів послуг, сферою застосування якої є ті суспільні відносини, в яких громадяни для задоволення своїх особливих потреб, що визначаються здебільшого станом

їхнього здоров'я, отримують особливу споживчу вартість у вигляді спеціалізованої медичної діяльності медичної організації або окремого фахівця в галузі медицини [58, с. 77-78].

Враховуючи вищевикладене, дисертант виокремлює ознаки медичної послуги, які б охоплювали її найважливіші риси зазначеної категорії. Слід відмітити, що з цього приводу у наукових колах також немає єдиної точки зору.

Так, наприклад, І.В. Венедиктова відносить до ознак медичної послуги такі: 1) вона надаються, як правило, при безпосередньому, прямому спілкуванні; 2) має нематеріальний характер; 3) є невід'ємною від суб'єктів надання послуги; 4) є неможливою для накопичення та перерозподілу; 5) надається шляхом нерозривних дій щодо її виконання та споживання, які здійснюються одночасно в одному акті; 6) через складний зміст характеризується непостійною якістю; 7) має тривалий характер; 8) характеризується чіткою адресованою спрямованістю [59, с. 49].

О.М. Берназ-Лукавецька серед характерних ознак медичної послуги вбачає за необхідне зазначити такі: 1) задовольняє потребу особи в медичній допомозі з метою охорони та зміцнення її здоров'я; 2) демонструє невизначеність своєї необхідності, оскільки та чи інша медична допомога стає потрібною в разі погіршення стану здоров'я, а тому споживач не може знати завчасно, коли і в якому обсязі йому знадобиться медична послуга; 3) пролонгованість медичної послуги в часі - у цілому різноманітні медичні послуги охоплюють все життя людини, тому в їх наданні беруть участь медичні працівники різного профілю в різний час; необхідно також враховувати, що в кожному конкретному випадку не існує чіткого уявлення про терміни появи результату, необхідності додаткових досліджень, а проміжок часу між завершенням послуги та настанням очікуваного результату може виявитись доволі великим; 4) індивідуальність, несталість та суб'єктивна оцінка якості - якість медичних послуг формується шляхом поєднання та узгодження очікувань пацієнтів із наслідками їх реального споживання, тому оцінка якості послуги є досить суб'єктивною; крім того, необхідно враховувати, що одна і та ж сама медична послуга може дати зовсім протилежний ефект у різних людей;

5) комплексність медичної послуги, адже послуги у сфері охорони здоров'я часто мають складну структуру, тобто включають в себе декілька «простих» послуг і є результатом діяльності декількох категорій медичних працівників; 6) метою завжди виступає вплив на здоров'я пацієнта, який носить нематеріальний характер, але обов'язково тягне за собою матеріальні зміни в організмі людини; 7) мають публічний характер та надаються усім особам, які звертаються за їх отриманням; 8) не підлягає повній стандартизації, тому що не можна заздалегідь передбачити всі фактори (вік пацієнта, давність хвороби тощо); 9) підвищені вимоги з боку держави, зокрема, до суб'єкта їх надання (наприклад, суб'єкт надання медичних послуг повинен відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, мати ліцензію на заняття медичною практикою, проходити акредитацію) [60, с. 59].

Слушною видається точка зору, яку пропонує Т. М. Камінська. На її думку, медичним послугам притаманні такі риси, які до того ж якісно відрізняють ринок медичних послуг від ринку послуг загалом, а саме:

1) невідчутність: медичні послуги неможливо побачити, відчутти або дізнатися про них до моменту придбання. Пацієнт, який прийшов на прийом до лікаря, не може заздалегідь знати результату відвідування. Він змушений вірити лікареві на слово;

2) невіддільність від джерела, яким може бути чи то лікар, чи то медсестра або медичне обладнання. Візьмемо, наприклад, відвідування відомого фахівця-психіатра. Послуга буде вже не тією, якщо його замінить менш відомий спеціаліст або навіть новачок;

3) непостійність якості, що залежить від постачальників і місця надання послуги. Відомий фахівець надасть більш кваліфіковану допомогу, ніж молодий лікар. Але іноді один і той же фахівець може надавати послуги по-різному залежно від настрою та свого фізичного стану. Тому постачальник послуг повинен постійно стежити за ступенем задоволеності клієнтури через систему опитувань і проведення перевірок;

4) незбережність - медичні послуги виробляються, реалізуються і споживаються одночасно. Система попереднього запису на прийом, чітке

дотримання розкладу роботи медичного персоналу – всі ці заходи дозволяють розрахувати максимальне завантаження медичного закладу і відповідно скоординувати маркетингові зусилля [61, с. 234].

Є.І. Усачов визначає, що найбільш характерними ознаками медичних послуг є такі: 1) це той вид суспільних послуг, який здійснюється на професійній основі; 2) мають споживчий характер, який спрямований на задоволення потреб у сфері охорони здоров'я; 3) характерною для них є неможливість гарантування результату після надання послуги; 4) фідучіарний характер відносин, що супроводжують ці послуги [62, с. 300].

Так, О.О. Тихомиров, аналізуючи поняття і природу медичних послуг, до їхніх основних ознак відносить професійний характер (вважається, що спочатку медична допомога виникла як доручення пацієнта лікарю і тільки потім, через деякий час, перетворилася на послугу); матеріальне виробництво з отриманням нематеріального продукту; предмет і відповідно об'єкт медичної діяльності – організм людини, на який спрямований цільовий вплив, що має особливий зміст і спеціальну правоздатність [55, с. 135].

*На наш погляд, «медична допомога» має бути визначена набагато ширше за поняття «послуга з медичного обслуговування населення»; вони співвідносяться як родо-видові категорії, де медична допомога є родовою категорією, а послуга з медичного обслуговування населення – видовою.*

Виходячи з вищевикладеного, необхідно з метою узагальнення представлених науковцями трактувань сформулювати власне визначення **послуги з медичного обслуговування населення (медичної послуги). Це професійна діяльність кваліфікованих медичних працівників державних та приватних закладів охорони здоров'я, яка здійснюється з лікувально-профілактичною, діагностичною, трансплантологічною метою та з метою зміни зовнішності.**

Відповідно ознаками **послуг з медичного обслуговування населення є такі:**

- здійснюється за зверненням фізичної особи – пацієнта;
- є професійною діяльністю;

- суб'єктами її надання є кваліфіковані медичні працівники;
- реалізовується у державних та приватних закладах охорони здоров'я;
- має лікувально-профілактичну мету;
- має діагностичну мету;
- має трансплантологічну мету;
- має мету щодо зміни зовнішності;
- прагне до досягнення очікуваного результату.

Необхідно відзначити те, що досить дискусійним є питання про правову природу послуги з медичного обслуговування населення.

Питання про правову природу надання послуг з медичного обслуговування населення потребує відповідної класифікації за різними критеріями.

**Зокрема, одним із кваліфікаційних критеріїв є застосування певної форми фінансування, за яким доцільно виокремити державні та приватні послуги з медичного обслуговування населення.**

**Наступним критерієм розмежування медичних послуг є характер їхнього надання, відповідно до якого можна виокремити інвазивні (хірургічні) та неінвазивні (терапевтичні та педіатричні) медичні послуги.**

Розглядаючи наведені класифікації, можна стверджувати, що вони є недостатньо повними, оскільки враховують лише окремі аспекти надання послуг з медичного обслуговування населення.

А. Тихомиров запропонував класифікувати послуги з медичного обслуговування населення за декількома групами, *зважаючи на методи надання послуг з медичного обслуговування населення*, а саме: на маніпуляційні, процедурні, медичні способи та медичне втручання [63, с. 224].

С.С. Шевчук класифікує послуги з медичного обслуговування населення за призначенням на такі: профілактичні; діагностичні; лікувальні; реабілітаційні; протезно-ортопедичні; зубопротезні; стерилізації; корекції статі; послуги породіллі; аборт; медичної експертизи; штучного запліднення; забору органів і тканин і трансплантації; пластичних операцій [58, с. 115].

*Зазначені кваліфікаційні групи, на наш погляд, неповною мірою висвітлюють перелік послуг з медичного обслуговування населення. Саме тому з метою більш точної класифікації послуг з медичного обслуговування населення вважаємо за доцільне запропонувати власну класифікацію.*

*На наш погляд, послуги з медичного обслуговування населення доцільно було б розподілити на дві групи, а саме: сервісні та професійні послуги з медичного обслуговування населення.*

*Так, до сервісних послуг з медичного обслуговування населення доцільно було б віднести такі послуги, як: 1) державна акредитація закладів охорони здоров'я; 2) ліцензування господарської діяльності з медичної практики; 3) віднесення харчових продуктів до категорії харчових продуктів спеціального дієтичного споживання, функціональних харчових продуктів та дієтичних добавок та їх державної реєстрації; 4) державна реєстрація генетично модифікованих організмів джерел харчових продуктів, а також харчових продуктів, косметичних та лікарських засобів, які містять такі організми або отримані з їх використанням; 5) атестація лікарів; 6) атестація професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у системі охорони здоров'я; 7) реєстрація оптово-відпускних цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення, що закупаються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, ведення відповідного реєстру та надання інформації з нього; 8) видача листа-повідомлення щодо можливості ввезення на митну територію України незареєстрованих лікарських засобів з метою індивідуального використання громадянами; 9) державна реєстрація (перереєстрація) дезінфекційних засобів; 10) видача направлень на проходження атестації і експертизи цілющих властивостей та їх атестація; 11) видача дозволів на право ввезення на територію України, вивезення з території України або транзит через її територію наркотичних, психотропних речовин і їх прекурсорів; 12) реєстрація лікарських засобів тощо.*

*До фахових послуг з медичного обслуговування населення доцільно віднести подані нижче класифікаційні групи.*

Так, відповідно до різновидів медичної допомоги, які визначаються чинним законодавством про охорону здоров'я, доцільно було б виокремити такі послуги з медичного обслуговування населення, як: послуги з надання екстреної медичної допомоги; послуги з надання первинної медичної допомоги; послуги з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та послуги з надання паліативної допомоги населенню.

За формою реалізації послуги з медичного обслуговування населення доцільно розмежувати на амбулаторно-поліклінічні, стаціонарні, змішані, санітарно-гігієнічні, епідеміологічні, параклінічні (телемедицина) та санаторно-курортні послуги.

За характером реалізації: профілактичні, діагностичні, лікувальні, консультаційні, реабілітаційні, трансплантологічні, сурогатного материнства, косметологічні тощо.

Відповідно до рівнів надання медичного обслуговування населення: долікарські (парамедичні) та лікарські (спеціалізовані високоспеціалізовані) послуги.

За суб'єктом надання послуг з медичного обслуговування населення доцільно виокремити такі: неонатальні, педіатричні, терапевтичні, дитячі, дорослі, та геріативні (медсестринські послуги по догляду за хворими похилого та старечого віку).

Відповідно до спеціалізації щодо медичного обслуговування населення:

- 1) послуги лікарняних закладів (короткострокові і довгострокові послуги лікарень широкого профілю, тобто медичні, діагностичні і лікувальні послуги (наприклад, громадських і обласних лікарень, лікарень некомерційних організацій; студентських лікарень, військових і тюремних лікарень), і лікарень спеціального призначення (психіатричних, наркологічних, інфекційних лікарень, пологових будинків, спеціалізованих ізоляторів);
- 2) послуги у сфері медичної, стоматологічної практики та ортодонтії;
- 3) послуги з аналізу та інтерпретації медичних зображень (аналіз та інтерпретація медичних зображень (рентгенівських знімків,

*електрокардіограм, результатів ендоскопії тощо); 4) послуги у сфері спеціалізованої медичної практики (послуги у сфері спеціалізованої медичної практики, що їх можуть надавати в межах практики лікарів-фахівців, а також в амбулаторних клініках, удома, у клініках при підприємствах, школах тощо або по телефону через мережу Інтернет чи в інший спосіб); 5) послуги, пов'язані з вагітністю, які надають не лікарі, а особи, які мають юридичні права на обслуговування пацієнтів: послуги з нагляду під час вагітності і пологів; спостереження за матір'ю в післяпологовий період; послуги у сфері планування сім'ї, що включають медичне обслуговування; 6) послуги середнього медичного персоналу, які надають не лікарі, а особи, які мають юридичні права з обслуговування пацієнтів: послуги з догляду й обслуговування (без госпіталізації), консультування і надання профілактичних послуг пацієнтам удома, догляд за вагітними, догляд за дітьми (дитяча гігієна) тощо; 7) послуги фізіотерапевтичні, які надають не лікарі, а особи, які мають юридичні права на обслуговування пацієнтів: послуги у сфері фізіотерапії, ерготерапії (реабілітація) тощо); 8) послуги швидкої медичної допомоги, а саме: послуги з перевезення хворих санітарно-транспортними засобами, обладнаними або не обладнаними реанімаційним устаткуванням чи медичним персоналом; 9) послуги медичних лабораторій; 10) послуги банків крові, сперми та органів для трансплантації, а саме: послуги, що їх надають банки крові, сперми, ембріонів, тканин і органів для трансплантації, у тому числі зберігання і каталогізацію наявних зразків, установлення відповідності зразків донорів і потенційних реципієнтів тощо; 11) послуги з діагностичної візуалізації без інтерпретації, яка включає послуги з діагностичної візуалізації без дослідження або інтерпретації, наприклад, обстеження за допомогою рентгенівських променів, ультразвуку, магніто-резонансної томографії тощо; 12) послуги у сфері психічного здоров'я, які надають психоаналітики, психологи і психотерапевти; 13) послуги парамедичні та інші у сфері охорони здоров'я людини, не віднесені до інших угруповань, - такі, як*

*послуги у сфері трудовотерапії, голковколювання, ароматерапії, логопедії, гомеопатії, дієтотерапії.*

*За формою надання: платні (послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними і комунальними закладами охорони здоров'я: косметологічна допомога; анонімне обстеження та лікування хворих, заражених хворобами, що передаються статевим шляхом, а також хворих на алкоголізм і наркоманію (крім обстежень на ВІЛ та СНІД); лікування безпліддя, включаючи хірургічні методи, штучне запліднення та імплантацію ембріона; оздоровчий масаж, гімнастика, бальнеологічні процедури з метою профілактики захворювань та зміцнення здоров'я дорослого населення; консультування і лікування осіб з вокальними порушеннями або з метою їх профілактики, подання фоніатричної допомоги (корекції патології голосу); лікування логоневрозів у дорослих; операції штучного переривання вагітності в амбулаторних умовах (методом вакуум-аспірації у разі затримки менструації терміном не більш як на 20 днів) та у стаціонарі (до 12 тижнів вагітності), крім абортів за медичними і соціальними показаннями; медичні огляди з метою отримання візи та попередні профілактичні огляди; протезування, у тому числі зубне, слухове та очне; корекція зору за допомогою окулярів та контактних лінз; стоматологічна допомога, що надається населенню госпрозрахунковими відділеннями, кабінетами закладів охорони здоров'я; медичне обслуговування закладів відпочинку всіх типів, спортивних змагань, масових культурних та громадських заходів тощо; лабораторні, діагностичні та консультативні послуги за зверненням громадян, що надаються без направлення лікаря, зокрема із застосуванням телемедицини; медична допомога хворим удома, зокрема із застосуванням телемедицини (діагностичне обстеження, процедури, маніпуляції, консультування, догляд); перебування у стаціонарі батьків у зв'язку із доглядом за дітьми віком понад 6 років, якщо це не зумовлено станом хворої дитини; перебування батьків разом з дітьми в дитячих санаторіях та надання їм послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру;*

надання санаторно-курортних послуг (реалізація путівок); проведення профілактичних щеплень особам, які від'їжджають за кордон за викликом для оздоровлення в зарубіжних лікувальних або санаторних закладах, у туристичні подорожі тощо за власним бажанням або на вимогу сторони, що запрошує; проведення профілактичних щеплень усім особам, які бажають їх зробити поза схемами календаря профілактичних щеплень в Україні; діагностика, профілактика та лікування в госпрозрахункових кабінетах народної і нетрадиційної медицини; медичне обслуговування, зокрема із застосуванням телемедицини, за договорами із суб'єктами господарювання, страховими організаціями (у тому числі з Фондом соціального страхування України); медичне обслуговування, зокрема із застосуванням телемедицини, іноземних громадян, які тимчасово перебувають на території України, у тому числі за договорами страхування; обстеження, консультування та лікування хворих із сексуальними розладами, за винятком тих, які є симптомами тяжких психічних розладів; проведення судово-психіатричної експертизи за межами територіального розподілу; проведення судово-медичної та судово-психіатричної експертизи у цивільних справах; надання висновку фахівця з питань судово-медичної та судово-психіатричної експертизи на запити юридичних і фізичних осіб; проведення судово-медичних досліджень на замовлення іноземних громадян; реалізація компонентів та препаратів, виготовлених з донорської крові; проведення мікробіологічних, паразитологічних, молекулярно-генетичних, хімічних, токсикологічних та фізичних досліджень, що не належать до медичної допомоги населенню, та оформлення їх результатів; надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги методом трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів відповідно до визначеного МОЗ переліку послуг з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги методом трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, що здійснюється учасниками пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів

*та інших анатомічних матеріалів на підставі договорів про медичне обслуговування населення з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги методом трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, укладених між МОЗ та кожним учасником зазначеного пілотного проекту; медична допомога, що надається в стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (надання консультацій, проведення діагностики, лікування, реабілітація та профілактика хвороб, травм, отруєнь, патологічних станів, ведення фізіологічних станів (під час вагітності); забезпечення харчуванням та умовами для перебування в палаті в закладах охорони здоров'я МВС за договорами з фізичними особами та юридичними особами незалежно від форми власності; проведення медичної, у тому числі військово-лікарської експертизи з психіатричним, психологічним та психофізіологічним обстеженням у закладах охорони здоров'я МВС за договорами з фізичними та юридичними особами державної форми власності [64] тощо )*

*та безоплатні (послуги з надання екстреної медичної допомоги; послуги з надання первинної медичної допомоги; послуги з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; послуги з надання паліативної допомоги тощо).*

### **1.3. Державна політика у сфері медичного обслуговування населення**

Конституцією України гарантовано право на медичну допомогу як складову частину медичного обслуговування населення, для чого в Україні створено державні лікувальні заклади, скорочення мережі яких забороняється.

Відповідно, враховуючи соціально-політичну значущість та економічну вартість індивідуального та суспільного здоров'я, сфера медичного обслуговування населення вважається однією з найважливіших у сучасній державі. Бо саме кількісними і якісними показниками тривалості життя та рівня

здоров'я населення, низкою інших показників соціальної політики відрізняються багаті й розвинуті держави світу від бідних і слаборозвинутих. Значення здоров'я людини визнають у світі настільки важливим, що цей показник входить до індексу людського розвитку – універсального показника рівня розвитку суспільства тієї чи іншої країни світу [65, с. 10]. В умовах сьогодення особливого значення набувають формування та розбудова таких сфер медичного обслуговування населення, які б забезпечували задоволення зростаючих потреб населення в доступному і якісному медичному обслуговуванні населення, стримуючи при цьому стрімке зростання витрат на охорону здоров'я [66, с. 125].

Таким чином, забезпечення медичного обслуговування населення є одним із фундаментальних пріоритетів розвитку сучасної держави та невід'ємною складовою державної політики охорони здоров'я України, спрямованої на зміцнення здоров'я нації. Процеси входження України до Європейського Союзу передбачають не тільки адаптацію та гармонізацію положень щодо медичного обслуговування населення на всіх етапах його життєвого циклу, але й необхідність наукового обґрунтування принципів забезпечення медичного обслуговування населення та підвищення його якості з урахуванням специфіки та особливостей розвитку науки і практики у секторі медичного обслуговування населення [67].

Щоб реалізувати права громадян України на медичне обслуговування, держава забезпечує доступність до найнеобхідніших профілактично-лікувальних методів, захист громадян у разі заподіяння шкоди їх здоров'ю, а також встановлює пільги й гарантії окремим категоріям населення з метою якісного забезпечення їх медичним обслуговуванням у разі захворювання.

Державна політика у сфері медичного обслуговування населення спрямовується на підтримку наукових досліджень, створення та впровадження нових технологій, а також на створення умов для підвищення рівня здоров'я громадян України та поліпшення якості медичного обслуговування і медичної допомоги, збереження генофонду українського народу, відновлення і зміцнення людського потенціалу держави, збереження та зміцнення здоров'я людини,

організації національної системи охорони здоров'я відповідно до вимог Конституції України [68], основ законодавства України про охорону здоров'я [30], Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [69] та інших нормативно-правових актів [70].

Слід зазначити, що в ХХІ ст. світова спільнота у своїй соціальній політиці все більше зважає на міжсекторальну взаємодію держави, бізнесу та громадських об'єднань. Так, шляхом встановлення балансу між різними силами формуються цінності, встановлюються пріоритети, розподіляються ресурси в соціальній сфері. Одним із найпотужніших ресурсів у цьому процесі є сфера медичного обслуговування населення. Але, незважаючи на її особливу значущість, їй не приділяється належна увага з боку держави та суспільства в цілому [71, с. 67].

Саме тому, на наш погляд, з метою обґрунтування та дослідження поняття *«державна політика щодо медичного обслуговування населення»*, а також з метою розкриття його сутності, вважаємо за необхідне з'ясувати етимологію таких категорій, як *«політика»*, *«державна політика»*, *«державна політика охорони здоров'я»*, що дозволить втілити в життя розгляд їх організаційно-правової значущості.

Так, категорія *«політика»* є основою адміністративно-теоретичної побудови поняття *«державна політика»*, яке значно широко досліджується як у словниках, так і в науковій літературі науковцями різних сфер господарювання.

Словники визначають *«політику»* в різних інтерпретаціях, а саме: 1) як загальний напрямок, характер діяльності держави, певного класу або політичної партії; напрямок діяльності держави у тій чи іншій галузі у певний період [72, с. 849]; 2) як діяльність, пов'язану з відносинами між націями, класами, соціальними групами, ядром якої є завоювання, утримання й використання державної влади [73].

О. Л. Валевський зазначав, що *«політика»* – це напрямок діяльності держави в певній галузі, державні заходи; спосіб дій, спрямованих на досягнення певної мети [74, с. 54].

*Дозволимо собі не в усьому погодитися із трактуванням названого науковця, який визначає політику як державні заходи, спосіб дій тощо. На нашу думку, політика має визначатися як певного роду діяльність, що має реалізовуватися за допомогою відповідних заходів.*

М. Вебер тлумачив «політику» як прагнення брати участь у владі або впливати на розподіл її між окремими групами всередині держави [75, с. 234].

*Ми вважаємо, що політика - це не тільки прагнення брати участь у діяльності, а сама діяльність.*

А.Д. Козирева, М.А. Василик, М.С. Вершинин розуміють поняття «політика» як соціальну діяльність у політичній сфері суспільства, спрямовану головним чином на досягнення, утримання, зміцнення та реалізацію влади [76, с. 208].

Широкого поширення набула точка зору, згідно з якою «політика» – це суспільне явище, яке необхідно розглядати в трьох аспектах: *інституціональному, системно-структурному та інституційно-функціональному* [77, с. 37]. В *інституціональному аспекті* «політика» являє собою інституційовану групу інтересів певних політичних суб'єктів, до числа яких належать партії, класи, нації, професійні групи індивідумів, інші соціальні угруповання. У *системно-структурному аспекті* «політика» є структурою політичних суб'єктів суспільства, а в *інституційно-функціональному аспекті* - інституалізацією та реалізацією політичних ідеалів, цілей, завдань, програм тощо [78, с. 38].

О.Г. Стрельченко визначає «політику» як *цілеспрямовану діяльність, котра полягає у впливі на розподіл її між окремими групами всередині держави через прийняття відповідальних рішень за допомогою методів публічного адміністрування, спрямованих на досягнення поставлених цілей* [7, с. 119; 79, 153; 80, с. 21 ].

Відзначимо, що категорію «політика» необхідно відрізнити від дефініції «державна політика», хоча вони, безперечно, співвідносяться, взаємодіють та перебувають у полі зору багатьох науковців [81, с. 22–23].

Зауважимо, що не існує єдиної точки зору щодо визначення цієї категорії. «Державна політика» досліджується досить широко. Саме вона покликана своєчасно реагувати на відповідні зміни суспільного буття, своєчасно з'ясовувати проблеми розвитку суспільства, аналізувати їх, встановлювати причини виникнення, суперечності та знаходити шляхи їх вирішення [82, с. 98].

*Необхідно зазначити, що державна політика наділена надзвичайною роллю у житті суспільства.*

Тож, «державна політика» являє собою різнопланове та багатовекторне суспільне явище, що реалізується через відповідні структурні напрями: економічну, культурну, соціальну, монетарну, бюджетну, податкову політику тощо. Завдяки такій складності державна політика як необхідний атрибут діяльності будь-якого державного утворення стала об'єктом вивчення багатьох суспільних наук. Дослідженням поняття та змісту державної політики, аналізом її методів, принципів та засобів реалізації займалися вчені-адміністративісти, економісти, філософи, політологи, фінансисти та представники багатьох інших суспільних наук [82, с. 99].

Л.А. Пал пропонує таку дефініцію терміна «державна політика»: це напрям дії або утримання від неї, обраний державними органами для розв'язання певної проблеми або сукупності взаємно пов'язаних проблем [83; 115 84, с. 34; 113, с. 99; 114]. *Не зовсім зрозумілою є позиція автора в частині трактування «утримання від неї». Уважаємо, що «державна політика» є дією, але ніяк не утриманням, яке здійснюється через заборону, обмеження тощо.*

В.Є. Романов, О.М. Рудік, Т.М. Брус під категорією «державна політика» розуміють відносно стабільну, організовану та цілеспрямовану діяльність уряду щодо певної проблеми, яка здійснюється ним безпосередньо чи опосередковано і впливає на життя суспільства [83; 85, с. 14]. *На наш погляд, необхідно не підтримати позицію авторів у тій частині, де вони визначають, що це є лише діяльність уряду. Ми вважаємо, що це не лише діяльність уряду, й а діяльність усієї держави за допомогою уповноважених нею суб'єктів.*

О.Г. Стрельченко визначає поняття «державна політика» як *цілеспрямовану діяльність держави щодо забезпечення публічних інтересів за*

допомогою методів публічного адміністрування, спрямованих на досягнення поставлених цілей як у суспільстві в цілому, так і у визначених сферах публічного адміністрування [7, с. 156; 86, с. 65].

Із вищевизначених трактувань «державної політики» ми бачимо, що більшість науковців визначають її як таку, яка формулюється за допомогою реалізації інтересів різних соціальних груп, які впливають на політичну сферу існування суспільства. У результаті цього виникає запитання щодо протиріччя інтересів різноманітних соціальних угруповань, з метою усунення яких їх необхідно коригувати за допомогою впливу інститутів публічної влади із застосуванням заходів адміністративного примусу.

**Саме тому, врегульовуючи зазначені проблеми, необхідно запропонувати власне визначення «державної політики», під яким слід розуміти діяльність держави, що здійснюється за допомогою відповідних методів публічного адміністрування, і яка спрямована на досягнення відповідної мети щодо відповідних сфер адміністрування.**

Відзначимо, що державна політика у сфері медичного обслуговування населення є безпосереднім структурним елементом та відповідним напрямком державної політики в цілому, що реалізовується у відповідній сфері публічного адміністрування, у нашому випадку - це соціальна сфера публічного адміністрування. Саме тому доцільно сформувати відповідну конструкцію, згідно з якою державна політика у сфері медичного обслуговування населення є різновидом та складовим елементом державної політики в цілому, тобто вони виступають як родо-видові поняття, де родовим є державна політика, а видовим – державна політика у сфері медичного обслуговування населення.

Наступною категорією для дослідження є категорія «державна політика у сфері медичного обслуговування населення».

Державна політика у сфері медичного обслуговування населення відіграє надзвичайно серйозну роль у суспільному житті, оскільки саме вона через збереження здоров'я нації визначається як важливий складник національної безпеки України. Саме вона покликана своєчасно виявляти назрілі проблеми розвитку суспільства, аналізувати їх, встановлювати причини виникнення,

труднощі, суперечності та знаходити шляхи розв'язання цих проблем. Саме за допомогою державної політики у сфері медичного обслуговування населення приймаються державно-політичні рішення щодо медичного обслуговування населення, розробляється відповідний інструментарій, створюється механізм їх реалізації. Подальше вдосконалення системи медичного обслуговування населення України в нових соціально-економічних умовах нерозривно пов'язане із необхідністю підвищення дієвості державної політики у цій сфері [87, с. 3; 88, с. 1].

У сучасних науково-правових джерелах відсутній єдиний підхід щодо досліджуваної категорії «державна політика у сфері медичного обслуговування населення». Ця позиція ускладнена її багатовекторністю та невизначеністю щодо її сутності, у результаті чого категорія «державна політика у сфері медичного обслуговування населення» на діалектичному рівні поєднує в собі такі різноманітні аспекти трактування, як правове, філософське, управлінське, адміністративне та економічне її визначення.

У результаті цього виникла необхідність дослідження адміністративно-правового розгляду державної політики у сфері медичного обслуговування населення як об'єкта нашого дослідження.

Дослідженню проблем формування сучасної державної політики у сфері медичного обслуговування населення частково приділяли увагу у своїх працях такі науковці, як М. Білинська (питання формування міжгалузевої взаємодії в державному управлінні охороною здоров'я), І. Хожило (проблема взаємодії органів державної влади і місцевого самоврядування в процесі реалізації політики охорони здоров'я в державі), Я. Радиш (формування правових основ реформ галузі охорони здоров'я), Н. Рингач (досягнення Україною цілей розвитку тисячоліття в контексті громадського здоров'я) та ін. [89, с. 85].

Водночас питання формування сучасних підходів до інтегрального вирішення проблем сталого розвитку як нових цілей для української держави в контексті забезпечення якісного та ефективного медичного обслуговування населення з метою збереження громадського здоров'я як основи національної

безпеки України ще не стало предметом ґрунтовних наукових досліджень, що і слугувало поштовхом для дослідження зазначеної проблематики.

Успішне вирішення соціально-економічних та політичних проблем розвитку України, напружений процес оновлення всіх сфер життєдіяльності нашого суспільства на засадах демократизму великою мірою залежить від зваженої, науково-обґрунтованої державної політики у сфері медичного обслуговування населення [90].

Так, М.М. Білинська, В.М. Князевич, Я.Ф. Радиш та Н.О. Васюк [91, с. 7] визначають державну політику у сфері медичного обслуговування населення як комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому

Важливе значення для кращого розуміння завдань з формування та реалізації державної політики у сфері медичного обслуговування населення України має думка науковців Н. Солоненко і І. Солоненко з приводу того, що у зв'язку із особливостями сфери медичного обслуговування населення і, зокрема, асиметрії інформації, що є одним із основних факторів обмеженості ринкових механізмів у сфері медичного обслуговування населення, споживач не може виконувати функцію інформованого покупця послуг щодо медичного обслуговування населення на відміну від сторони, яка фінансує надання медичної допомоги [92, с. 188].

*Дозволимо собі підтримати позицію авторів у тому, що обов'язковим елементом регульованого ринку надання медичного обслуговування є здатність суб'єктів-фінансистів (сторін) «виконувати функцію інформованого покупця послуг щодо медичного обслуговування населення».*

*Із вищевизначеного вважаємо за доцільне сформулювати власне визначення державної політики у сфері медичного обслуговування населення як сукупності загальнодержавних рішень та зобов'язань, метою яких є збереження громадського здоров'я за допомогою надання медичних послуг щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку із хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку із вагітністю та пологами.*

*На наш погляд, доцільно визначити як основні ознаки державної політики у сфері медичного обслуговування населення такі:*

- *загальнодержавні рішення та зобов'язання;*
- *метою є збереження громадського здоров'я;*
- *реалізуються через надання медичних послуг;*
- *різновидами медичних послуг є: профілактика, діагностика, лікування та реабілітація у зв'язку із хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами;*
- *надання послуг щодо нагляду за станом вагітності та прийняття пологів;*
- *надання інших медичних послуг щодо медичного обслуговування населення (реєстрація, ліцензування, сертифікація та стандартизація тощо).*

У зв'язку із відсутністю визначеного поняття на законодавчому рівні та відповідно до вищевикладеного пропонуємо доповнити ст. 1 «Основ законодавства про охорону здоров'я» наведеною дефініцією «державна політика у сфері медичного обслуговування населення».

Невідповідність сфери медичного обслуговування населення потребам суспільства зумовлена неефективністю організації медичного обслуговування населення, критичним станом її основного інституційного компонента – закладів охорони здоров'я, недостатнім використанням потенціалу закладів охорони здоров'я недержавної форми власності, а також фізичних осіб-підприємців, які займаються господарською діяльністю в галузі медичної

практики, рівнем надання медичної допомоги в межах державних гарантій у сфері охорони здоров'я [93].

На сучасному етапі розвитку економічних відносин особливо важливим питанням державної політики будь-якої країни є побудова ефективної системи соціальних гарантій з охорони здоров'я, включаючи безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичного обслуговування населення (гарантований її рівень) [93].

Необхідно відзначити те, що сучасні умови сьогодення у вигляді інституційних та структурних перетворень, вимог Європейської спільноти і світового досвіду свідчать про те, що перспектива розвитку сфери медичного обслуговування населення в Україні заснована на її багатокладності, що підтверджує ст. 49 Конституції України.

Враховуючи зазначене, вважаємо, що традиційна модель М. Семашка щодо медичного обслуговування населення, яка базувалася на профілактичній складовій, має бути змінена на багатокладну сучасну її модель, в основу якої повинна лягти ринкова організація цієї діяльності. На підставі сучасних стратегічних підходів щодо підвищення якості та доступності медичного обслуговування населення і зменшення фінансових ризиків для населення необхідно надавати новий поштовх для проведення зазначених реформ досліджуваної сфери. *Саме реформування цієї сфери, на наш погляд, має передбачати такі напрямки:*

*по-перше, надання якісних медичних послуг, орієнтиром яких має бути визначене громадське здоров'я;*

*по-друге, переорієнтація функціонування закладів медичного обслуговування населення на профілактичну та діагностичну їх діяльність;*

*по-третє, метою якісного медичного обслуговування населення повинно стати формування здорового способу життя;*

*по-четверте, потрібне удосконалення механізмів фінансування сфери медичного обслуговування населення;*

*по-п'яте, удосконалення та розширення кількості нозологій відповідно до Програми медичних гарантій (гарантований пакет медичних послуг);*

*по-шосте, переобладнання структури сфери медичного обслуговування населення з формуванням належної мережі медичних установ;*

*по-сьоме, багаторівневе реформування функцій медичного обслуговування населення (первинного, вторинного та третинного рівнів);*

*по-восьме, створення належної базової підготовки для адміністрування у сфері медичного обслуговування населення;*

*по-дев'яте, удосконалення нормативно-правової бази, яка врегульовуватиме сферу медичного обслуговування населення;*

*по-десяте, впровадження наукового супроводу сучасної моделі публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.*

Доцільно відзначити, що сучасна модель державної політики у сфері медичного обслуговування населення передбачатиме впровадження нового типу суспільних відносин у цій галузі, основними елементами якої є замовник медичних послуг та той, хто їх надає. Найголовнішим замовником послуг у цій моделі є держава, яка й створює необхідні умови для розвитку системи медичного обслуговування населення [91, с. 29].

Необхідно відзначити те, що у 2017-2018 роках відбулося реформування первинної ланки медичного обслуговування населення. Саме у 2018 році на первинній ланці медичного обслуговування населення за допомогою впровадження новітнього механізму фінансування відбулися трансформаційні процеси, які сприяли достатньо швидким та якісним змінам у статусі лікаря первинного медичного обслуговування населення. Дозволимо собі асоціювати попереднього лікаря-терапевта або педіатра зі звичайним «диспетчером», якого не цікавили проблеми здоров'я населення, яке він обслуговував, а сьогодні вони активно турбуються про стан здоров'я родини і кожного її члена, що суттєво впливає на процеси медичного обслуговування населення. Досить вагомим фактором у цій галузі стало фінансування сфери медичного

обслуговування населення первинної ланки та матеріальне забезпечення зазначених лікарів, заробітна плата яких залежить від кількості населення, яке вони обслуговують.

У процесі реформування сфери медичного обслуговування населення медичні заклади взяли на себе сервісні зобов'язання, які вони поступово виконують, починаючи з відкритої рецепції, організації місць для візочків, можливості записатися на прийом до лікаря на конкретний час телефоном або online, забрати на місці аналізи, які входять до пакета первинного медичного обслуговування населення, що дозволяє хворим не пересуватися з талончиками по всьому населеному пункту. Ці базові сервіси зумовили те, що більшість медичних закладів почали інвестувати в ці зміни. Сьогодні навіть у віддалених районах можна побачити центри первинного медичного обслуговування населення, які мають досить охайний вигляд та у яких надають сервісні медичні послуги через відкриту рецепцію [94].

Відзначимо, що система державного медичного обслуговування населення включає в себе державні заходи і методи державного фінансування, які спрямовані на реалізацію конституційних прав громадян на безоплатну медичну допомогу та забезпечення їх медичними послугами. Метою державного медичного обслуговування населення є збереження життя та здоров'я людини, попередження, діагностика і зниження захворюваності, інвалідності та травматизму [91, с. 29]. *Саме з цією метою з правової точки зору доцільно, на наш погляд, виокремити такі рівні медичного обслуговування населення:*

- 1) *життєвозабезпечувальний;*
- 2) *той, що зберігає громадське здоров'я;*
- 3) *сервісний;*
- 4) *надання медико-соціального обслуговування.*

*Так, життєвозабезпечувальний рівень включає в себе медичне обслуговування на таких ланках, як: екстрена, ургентна, швидка, невідкладна медична допомога, надання лікування при невідкладних станах, захворюваннях, травмах, отруєннях та інших патологічних станах,*

які загрожують життю людини. Цей рівень медичного обслуговування включає надання медичних послуг, які забезпечують збереження життєво важливих функцій організму людини.

*Рівень, який зберігає громадське здоров'я*, включає в себе медичне обслуговування населення, яке забезпечує надання медичних послуг, що безпосередньо спрямовуються на збереження здоров'я та працездатності громадян.

*Сервісний рівень* включає в себе надання додаткових послуг з медичного обслуговування населення, які виходять за межі Державної програми медичного обслуговування, Програми медичних гарантій та Програми обов'язкового медичного страхування тощо.

*Рівень надання медико-соціального обслуговування* включає в себе надання соціальних та медичних послуг у сфері медичного обслуговування населення на базі медико-соціальних закладів і закладів охорони здоров'я.

## Висновки до розділу 1

За результатами дослідження сфери медичного обслуговування населення як об'єкта дослідження можна сформулювати певні висновки.

Виокремлено етапи генезису сфери медичного обслуговування населення: первісний (600 млн. років тому до XII–VI тис. до н. е.); Київської Русі (IX ст. до XIII ст.); Польсько-Литовський (включаючи козацьку державність) (XIV до першої половини XVII ст.); Імперський (включає правління Петра I, Катерини II та Миколи II (XVIII – до XIX ст.); Радянський (XX ст.); Української самостійності (друга половина XX ст.); Сучасної України (початок XXI ст. – донині). Обґрунтовано, що кожен із зазначених етапів генезису медичного обслуговування населення має свої доктринальні особливості

Доведено, що здоров'я є багатогранним та багатоаспектним явищем, яке полягає у фізіологічному та духовному благополуччі людини.

Поняття «здоров'я населення» визначається як фізіологічне, духовне, психологічне та соціальне благополуччя людей, що забезпечує їх

життєдіяльність та відображає стан природного функціонування їх організму (тобто без наявності патологій та порушення функціонування органів і систем). Сформульовано та схарактеризовано особливості категорії «здоров'я населення».

Обґрунтовано, що «медичне обслуговування населення» - це цілеспрямована та організаторська діяльність ліцензованих закладів охорони здоров'я та/або сертифікованих кваліфікаційних медичних працівників з метою надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг. Сформульовано основні ознаки медичного обслуговування населення.

Доведено, що «медична допомога» є різновидом медичної послуги або комплексу медичних послуг, які надаються з профілактичною, діагностичною, лікувальною та реабілітаційною метою (включаючи вагітність та пологи) відповідно до встановлених нормативних документів.

Визначено, що «послуги з медичного обслуговування населення» – це професійна діяльність кваліфікованих медичних працівників державних та приватних закладів охорони здоров'я, яка здійснюється з лікувально-профілактичною, діагностичною, трансплантологічною метою та з метою зміни зовнішності. Схарактеризовано ознаки поняття «послуг з медичного обслуговування населення».

Здійснено класифікацію послуг з медичного обслуговування населення, а саме: 1) залежно від застосування певної форми фінансування виокремлено: державні та приватні послуги з медичного обслуговування населення; 2) відповідно до характеру надання послуги виокремлено: інвазивні (хірургічні) та неінвазивні (терапевтичні та педіатричні); 3) відповідно до призначення послуги з медичного обслуговування населення розподілено за двома групами, а саме: сервісні та фахові послуги з медичного обслуговування населення. Разом з тим фахові послуги з медичного обслуговування населення класифіковано у такі групи: а) відповідно до різновидів медичної допомоги, які визначаються чинним законодавством про охорону здоров'я, виокремлено такі: послуги з надання екстреної медичної допомоги; послуги з надання первинної медичної допомоги; послуги з надання вторинної (спеціалізованої) медичної

допомоги; послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та послуги з надання паліативної допомоги населенню; б) за формою реалізації зазначені послуги розмежовано на амбулаторно-поліклінічні, стаціонарні, змішані, санітарно-гігієнічні, епідеміологічні, параклінічні (телемедицина) та санаторно-курортні послуги; в) за характером реалізації: профілактичні, діагностичні, лікувальні, консультаційні, реабілітаційні, трансплантологічні, сурогатного материнства, косметологічні; г) відповідно до рівнів надання медичного обслуговування населення: долікарські (парамедичні) та лікарські (спеціалізовані високоспеціалізовані) послуги; ґ) за суб'єктом надання послуг з медичного обслуговування населення виокремлено: неонатальні, педіатричні, терапевтичні, дитячі, дорослі, та геріативні (медсестринські послуги по догляду за хворими похилого та старечого віку); д) відповідно до спеціалізації щодо медичного обслуговування населення; ж) за формою надання: платні (послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними і комунальними закладами охорони здоров'я) та безоплатні (послуги з надання екстреної медичної допомоги; послуги з надання первинної медичної допомоги; послуги з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; послуги з надання паліативної допомоги тощо);

Під «державною політикою» розуміється діяльність держави, що здійснюється за допомогою відповідних методів публічного адміністрування і яка спрямована на досягнення відповідної мети щодо відповідних сфер адміністрування.

Сформульовано категорійну конструкцію, згідно з якою державна політика у сфері медичного обслуговування населення є різновидом та складовим елементом державної політики в цілому, тобто це як родо-видові поняття, де родовим є державна політика, а видовим – державна політика у сфері медичного обслуговування населення.

Доведено, що державна політика у сфері медичного обслуговування населення – це сукупність загальнодержавних рішень та зобов'язань, що здійснюється з метою збереження громадського здоров'я за допомогою надання

медичних послуг щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку із вагітністю та пологами. Сформульовано основні ознаки державної політики у сфері медичного обслуговування населення.

Виокремлено такі основні напрямки державної політики медичного обслуговування населення: по-перше, надання якісних медичних послуг, головним орієнтиром яких слід визначити громадське здоров'я; по-друге, переорієнтація функціонування медичних закладів медичного обслуговування населення на профілактичну та діагностичну їх діяльність; по-третє, метою якісного медичного обслуговування населення є формування здорового способу життя; по-четверте, удосконалення механізмів фінансування сфери медичного обслуговування населення; по-п'яте, удосконалення та розширення кількості нозологій відповідно до Програми медичних гарантій (гарантований пакет медичних послуг); по-шосте, переобладнання структури сфери медичного обслуговування населення з формуванням належної мережі медичних установ; по-сьоме, багаторівневе реформування функцій медичного обслуговування населення (первинного, вторинного та третинного рівнів); по-восьме, створення належної базової підготовки для адміністрування у сфері медичного обслуговування населення; по-дев'яте, удосконалення нормативно-правової бази, яка врегульовуватиме сферу медичного обслуговування населення; по-десяте, впровадження наукового супроводу сучасної моделі публічного адміністрування сферою медичного обслуговування населення.

Виокремлено та охарактеризовано рівні медичного обслуговування населення: життєвозабезпечувальний; той, що зберігає громадське здоров'я; сервісний; надання медико-соціального обслуговування.

## РОЗДІЛ 2.

### МЕХАНІЗМ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

#### **2.1. Поняття та елементи механізму публічного адміністрування сфери медичного обслуговування населення**

Стан здоров'я людей під час медичного обслуговування населення є інтегральним показником соціальної орієнтованості суспільства, медичних гарантій, що характеризують ступінь відповідальності держави перед своїми громадянами. Питання публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Україні вимагають постійної цілеспрямованої та підвищеної уваги з боку держави, адже здоров'я визнається одним із пріоритетних напрямів державної політики та основних факторів національної безпеки країни [95, с. 66].

В умовах сьогоденних реформ сфера медичного обслуговування населення контролюється державою задля забезпечення якісним та своєчасним медичним обслуговуванням населення через встановлення засобів контролю та нагляду за ним. Ця діяльність є пріоритетною, оскільки її результати суттєво впливають на захист публічного здоров'я, удосконалення надання медичних послуг різного спрямування, створення гарантій захисту прав лікарів та пацієнтів під час медичного обслуговування, а також підвищення стандартів якості у забезпеченні медичним обслуговуванням населення [96, с. 116].

Сфера медичного обслуговування населення є досить складною соціально-економічною системою, яка покликана забезпечити збереження й покращення здоров'я громадян, захист генофонду нації та, відповідно, ефективне надання кваліфікованого медичного обслуговування кожному, хто його потребує. Так, забезпечення якісного медичного обслуговування досягається шляхом складних і перманентних активних зусиль усіх структур і систем суспільства й держави, які беруть участь у процесі збереження життя та здоров'я громадян, підтримання якого не видається можливим без належного

механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення [97, с. 45].

Треба відзначити, що медичне обслуговування населення є важливим завданням і частиною державної діяльності, яка полягає у забезпеченні публічного адміністрування у цій сфері відносин.

Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення реалізовується через системне застосування заходів, які діють відповідно до визначеного механізму і націлені на отримання якісного результату [47]. Оскільки медичне обслуговування та його якість не можуть забезпечуватися та проявлятися самі собою, ними необхідно управляти (адмініструвати). У цьому процесі мають бути задіяні всі контрагенти, що взаємодіють під час забезпечення медичним обслуговуванням. Відносини між медичним персоналом та пацієнтами можна представити як відносини того, хто надає послуги з медичного обслуговування, та їх споживача, яким є пацієнт. Нездатність задовольнити потреби пацієнта на будь-якому етапі забезпечення медичним обслуговуванням населення може спричинити мультиплікаційний ефект погіршення якості цього обслуговування та виникнення небезпеки того, що ефективність наданої послуги буде втрачена, в результаті чого погіршуватиметься здоров'я населення, а також виникне ймовірність доведення до смерті як однієї людини, так і населення в цілому (наприклад, під час пандемії, епідемії тощо) [98, с. 78]. Відповідно до зазначеного необхідно з'ясувати, що ж слід розуміти під механізмом публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення?

Метою ефективного функціонування сфери медичного обслуговування населення є розробка дієвого механізму. Так, система публічного адміністрування сфери медичного обслуговування населення реалізується через відповідний механізм, який включає в себе структуризовану систему відповідних елементів, котрі взаємопов'язані між собою та взаємодоповнюють один одного. Виникає потреба дослідити природу механізму публічного адміністрування сфери медичного обслуговування населення та його складові елементи. З цією метою потрібно з'ясувати сутність таких правових категорій,

як «механізм», «механізм правового регулювання», «механізм публічного адміністрування» та «механізм публічного адміністрування сфери медичного обслуговування населення», сформулювати та охарактеризувати його складові елементи.

Визначаючи природу механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення та його елементів, слід виходити з того, що його ефективність залежатиме від того, наскільки, по-перше, якісно з нормативно-правової точки зору буде врегульовано та забезпечено медичне обслуговування населення; по-друге, наскільки конкретно визначено пріоритетні напрямки й здійснено розробку спеціальних програм розвитку медичного обслуговування населення; по-третє, як визначено правовий статус суб'єктів, що здійснюють медичне обслуговування населення; по-четверте, наскільки високим є рівень моральної та економічної підтримки з боку держави щодо медичного обслуговування населення через систему податкових та інших засобів заохочення такого виду діяльності; по-п'яте, чи є розвиненою система засобів медичного обслуговування населення [99, с. 6].

Необхідно відзначити, що медичне обслуговування населення є соціально-правовим явищем, ефективний розвиток якого можливий лише за умови злагодженої, систематичної та безперебійної роботи всіх його складових елементів під час публічного адміністрування у зазначеній сфері.

З цією метою необхідно застосовувати «механістичний» підхід (концепцію) в юридичних дослідженнях, де однією з переваг має бути те, що механізм публічного адміністрування розглядається в єдності всіх його складових як категорія не лише збірна, але й системна. А його засоби «окреслені» з їх «механістичної», динамічної сторони [100, с. 67]. Саме зазначений підхід надасть перспективу відображення у дослідженні механізму процесів функціонування права та його динаміку.

Механізм публічного адміністрування спрямований на нормативне врегулювання й застосування різноманітних форм реалізації адміністративно-правових норм, що проявляється безпосередньо за допомогою правозастосування.

З метою ґрунтовного дослідження сутності категорії «механізм» вважаємо за доцільне надати енциклопедично-словникові трактування цього поняття, яке можна представити таким чином:

- зняряддя, пристрій, сукупність ланок; система, устрій, який визначає порядок певного виду діяльності [101, с. 431; 102, с. 665];
- внутрішня будова, система чого-небудь, сукупність станів і процесів, з яких складається певне фізичне, хімічне або інше явище [103, с. 523];
- спосіб пояснення дій і об'єктів, які вивчаються у їхній взаємодії, виходячи з механічних закономірностей [104, с. 675]. Тобто, «механізм» розглядається як ціле, що складається з частин, які взаємодіють. Ці частини взаємопов'язані, але не взаємозамінні. Вихід з ладу будь-якого елемента механізму тягне за собою вихід з ладу не лише цієї частини, а всього механізму в цілому [104, с. 676].

Доцільно відзначити, що в юридичних та філософських словниках поняття «механізм» як незалежне поняття відсутнє [105, с. 540–789; 106, с. 322–367; 107, с. 148–157]. Зазначена категорія визначається як безпосередня складова юридичної конструкції, яка потрібна, щоб обґрунтувати безпосередні правові явища у теоретико-правових дослідженнях науковців.

Необхідно звернути увагу на те, що поняття «механізм» входить до різноманітних юридико-правових конструкцій під час здійснення наукових досліджень, а саме - щодо таких категорій, як «соціальний механізм», «механізм впливу права на суспільні відносини», «механізм правотворчості», «механізм дії права», «механізм правового регулювання», «механізм управління», «механізм правового управління» та «механізм публічного адміністрування» тощо [108, с. 121].

Відзначимо, що «механізм правового регулювання» теоретики права розуміють у таких двох вимірах:

- як комплекс правових засобів, за допомогою яких відбувається регулювання суспільних відносин. [109, с. 118];

– як єдність системи правових засобів, способів і форм, за допомогою яких нормативність права переводиться в упорядкованість суспільних відносин, задовольняються інтереси суб'єктів права, встановлюється й забезпечується правопорядок («належне» у праві стає «сущим») [110; с. 498].

Як бачимо, єдність позицій науковців у трактуванні категорії «механізм правового регулювання» відсутня, але дискусії щодо одностайності його формулювання точаться між науковцями й донині.

Відзначимо також, що в більшості випадків розрізняють два основних підходи до визначення цього поняття: структурно-організаційний та структурно-функціональний. Структурно-організаційний підхід визначає механізм як сукупність певних складників, що створюють організаційну основу певних явищ та процесів [111, с. 231, с. 234]. Відповідно структурно-функціональний підхід акцентує увагу не тільки на організаційній основі його побудови, але й на його динаміці, реальному функціонуванні [111, с. 232].

Проведений аналіз дозволить стверджувати, що статику механізму управління визначають суб'єкти та об'єкти управління, які становлять його організаційно-структурну основу, а динаміку – комплекс зв'язків та взаємодія між ними [111, с. 231, с. 234].

Зауважимо, що складовою частиною управління в цілому є механізм управління, який обумовлює результати ефективної діяльності його об'єкта.

Вважаємо за доцільне навести теоретичні погляди на поняття «механізм управління», під яким науковці-правознавці розуміють:

- найактивніший складник системи управління, який забезпечує вплив на чинники, а вже від стану системи залежить результат діяльності керованого об'єкта. Механізм управління є достатньо складною категорією і включає в себе такі елементи: цілі управління; критерії управління – кількісний аналог цілей управління; фактори управління – елементи об'єкта управління та їх зв'язку, на які спрямована дія з метою досягнення поставлених цілей; методи дії на чинники управління; ресурси управління – матеріальні й фінансові ресурси, соціальний і організаційний потенціали, при використанні яких

реалізується вибраний метод управління й забезпечується досягнення поставленої мети [112; 113, с. 27];

- сукупність економічних, мотиваційних, організаційних і правових засобів цілеспрямованого впливу суб'єктів державного управління на їх діяльність, що забезпечують узгодження інтересів учасників державного управління, які взаємодіють між собою. Оскільки фактори державного управління можуть мати економічну, соціальну, організаційну, політичну й правову природу, комплексний механізм державного управління повинен являти собою систему економічних, мотиваційних, організаційних, політичних та правових механізмів [112; 113, с. 27]. З позиції автора випливає, що він акцентує увагу на комплексному підході до трактування механізму управління.

З метою дослідження механізму публічного адміністрування, на наш погляд, необхідно з'ясувати сутність категорії «публічне адміністрування», під яким розуміють регламентовану законами та іншими правовими актами діяльність суб'єктів публічного адміністрування, що спрямована на прийняття адміністративних рішень, надання адміністративних послуг, здійснення внутрішнього адміністрування суб'єкта публічного адміністрування [114, с. 147].

Загальновідомим є той факт, що в англосаксонських країнах існує дві основні спеціальності з управління різними сегментами публічної сфери суспільного життя – публічне адміністрування та публічна політика. Друга також має назву «урядування» (наприклад, існує так звана Гарвардська школа врядування імені Джона Ф. Кеннеді) або «публічні справи» (Інститут міжнародних і публічних справ імені Вотсона в Браунському університеті). Суті справи це не міняє: публічна політика є серцевиною, змістовим компонентом публічного управління. Натомість публічне адміністрування дає змогу оволодіти технологіями використання управлінських механізмів [115].

Наукові дебати з цього питання привели до того, що у філософському та теоретичному плані категорія «публічне адміністрування» має два значення - широке та вузьке. Щодо вузького розуміння публічного адміністрування, то воно включає в себе взаємодію з органами виконавчої влади та проявляється як

фахова діяльність публічних службовців щодо усіх різновидів їхньої діяльності, а щодо широкого, то включає взаємодію всіх гілок влади: законодавчої, виконавчої та судової.

Аналіз різноманітних наукових поглядів показує, що *публічне адміністрування* є тим сектором управління, який знайдений в політичному оточенні. Зміст адміністрування є близьким до того, який визначений в теорії управління для адміністративних методів впливу керівного суб'єкта на об'єкт: «Це способи і прийоми, дії прямого й обов'язкового визначення поведінки й діяльності людей з боку відповідних керівних компонентів держави. Основними ознаками цих методів є: а) прямий вплив державного органу або посадової особи на волю виконавців шляхом встановлення їх обов'язків, норм поведінки і видання конкретних вказівок; б) односторонній вибір способу вирішення наявної проблеми, варіанта поведінки, однозначне розв'язання ситуації, яке підлягає обов'язковому виконанню; в) безумовна обов'язковість розпоряджень і вказівок, невиконання яких може потягти за собою різні види юридичної відповідальності». Під наведені ознаки підпадає, перш за все, виконання законів, які встановлюють певні норми поведінки і є прикладом одностороннього вибору способу розв'язання ситуації, які підлягають обов'язковому виконанню і порушення вимог яких викликає юридичну відповідальність [116, с. 8].

А.М. Школик трактує «публічне адміністрування» як сукупність організаційних дій, діяльності та заходів, які виконуються різними суб'єктами та інституціями на основі закону та в межах, визначених законом для досягнення публічного інтересу [117, с. 35].

О.В. Кузьменко під «*публічним адмініструванням*» розуміє діяльність суб'єкта публічної адміністрації, спрямовану на виконання владних повноважень публічного змісту. Воно відбувається шляхом використання засобів управління, надання адміністративних послуг, участі у відносинах відповідальності суб'єктів публічної адміністрації, застосування заходів впливу за порушення правил, встановлених публічною адміністрацією [118, с. 39]. *Вважаємо, що цим науковцем здійснено найбільш досконале тлумачення*

зазначеної категорії. Виникає питання, чому у зазначеній детермінанті відсутня мета публічного адміністрування, якою, на наш погляд, є досягнення публічного інтересу.

С.І. Чернов і С.О. Гайдученко визначають «публічне адміністрування» як регламентовану законами та іншими нормативно-правовими актами діяльність суб'єктів публічного адміністрування, спрямовану на втілення в життя законів та інших нормативно-правових актів шляхом прийняття адміністративних рішень, надання встановлених законами адміністративних послуг [119, с. 7].

О.А. Шатило «публічне адміністрування» розуміє як вид організаційно-розпорядчої діяльності, спрямованої на підготовку та впровадження рішень, управління персоналом, надання послуг населенню [120, с. 7].

О.Ю. Амосов та Н.Л. Гавкалова трактують «публічне адміністрування» як сукупність безпосередньої взаємодії громадян і державного сектора; це планування, управління загальними справами міста чи регіону; це відносини, які охоплюють офіційні інституції, неформальні домовленості, пов'язані із синтезованим (людським, інтелектуальним, соціальним) капіталом громадян, а тому вони є невіддільними від архетипів демократії [121]. *Дозволимо собі не погодитися із трактуванням науковців у тій частині, що вони неповною мірою дають перелік суб'єктів публічного адміністрування, оскільки до структури не внесено місцеве самоврядування. Ми вважаємо, що це не лише взаємодія суб'єктів, а відповідна діяльність суб'єктів, яка здійснюється з метою задоволення публічного інтересу.*

Т.Б. Семенчук вважає, що «публічне адміністрування» – це метод управління, який, з одного боку, забезпечує надання суспільству послуг щодо законодавства, з іншого боку – реалізацію обраного типу політики, що його втілюють державні службовці, яким було делеговано повноваження під час волевиявлення народу на виборах як в межах країни, так і за кордоном [122]. *Ми дозволимо собі не повністю підтримати позицію автора у тій частині, де він визначає публічне адміністрування як метод управління, бо, на наш погляд, це не є методом, а діяльністю відповідних суб'єктів, яка втілюється в життя за допомогою методів управління.*

Наукові дебати, які наділені полісемантичним характером щодо категорії «публічна адміністрація, привели до висновку про те, що **«публічне адміністрування» – це є законодавчо врегульована діяльність публічної адміністрації, метою якої є задоволення публічного інтересу.**

**Відповідно, «публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення» – це законодавчо врегульована цілеспрямована та організаторська діяльність ліцензованих закладів охорони здоров'я та/або сертифікованих медичних працівників з надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг, метою якої є збереження громадського здоров'я та генофонду українського народу.**

Досліджуючи правову категорію «механізм публічного адміністрування», треба зауважити, що цей механізм виражається у вигляді системи, яка реалізовує публічне адміністрування під час практичної діяльності з метою задоволення публічного інтересу. Зазначена система є структурованою, у ній наявні інструменти впливу на об'єкт адміністрування із визначеним правовим забезпеченням.

В.В. Коваленко під механізмом публічного адміністрування розуміє спеціальні засоби, які забезпечують здійснення регулятивного впливу публічних адміністрацій на соціально-економічні територіальні системи різних рівнів (села, селища, райони у містах, міста, райони, області, Автономна республіка Крим, уся країна) з метою забезпечення гідних умов життєдіяльності людей, що проживають у державі, та громадян України, що тимчасово проживають за її межами [123].

*Дозволимо собі визначити подане трактування децю дискусійним у частині того, що автор визначає названий механізм як здійснення регулятивного впливу публічних адміністрацій лише на територіальному рівні. При цьому виникає питання, а чи не здійснюється вплив на інші суб'єкти ?*

І.А. Ісаєнко доводить, що «механізм публічного адміністрування» передбачає демократичну організацію управлінського впливу на суспільні процеси, яка забезпечує ефективне функціонування системи органів державної влади, органів регіонального та місцевого самоврядування, громадських

(неурядових) організацій, фізичних осіб та інших суб'єктів громадянського суспільства з метою реалізації державної політики у найрізноманітніших сферах суспільного життя [124, с. 116].

*На наш погляд, у трактуванні взагалі відсутня мета реалізації механізму публічного адміністрування щодо задоволення публічного інтересу.*

Т.О. Коломоець «механізм публічного адміністрування» розкриває як сукупність правових засобів, за допомогою яких здійснюється правове регулювання суспільних відносин у сфері адміністративного права» [125, с. 23]. При цьому в механізмі публічного адміністрування вона виокремлює дві складові: *органічні* (ті, що визначають суть самого явища механізму публічного адміністрування, тобто без яких не може відбуватися сам механізм та функціональні складові частини) та *функціональні* (ті, що значною мірою впливають на механізм публічного адміністрування і які не є обов'язковими його елементами) [125, с. 24].

За особливостями побудови механізми публічного адміністрування поділяються на цільові механізми публічного адміністрування (спрямовані на досягнення певної мети), механізми функціонування системи публічного адміністрування на різних етапах суспільного розвитку країни та механізми здійснення процесу публічного адміністрування різними владними органами та окремими посадовими особами [126, с. 28].

*Цільові механізми публічного адміністрування використовуються як органами державної влади, так і органами місцевого самоврядування як знаряддя для здійснення цілеспрямованих перетворень у функціонуванні або розвитку конкретних об'єктів публічного адміністрування [126, с. 28].*

*На наш погляд, доречно зазначити, що механізм публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є родо-видовою категорією по відношенню до механізму публічного адміністрування, тобто остання є родовою категорією, а у сфері медичного обслуговування є його видовою категорією.*

*Саме тому назріла необхідність у дослідженні механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.*

*Таким чином, механізм публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення доцільно визначити як систему взаємозалежних, взаємообумовлених і взаємозв'язаних структурних елементів, за допомогою яких суб'єкти, наділені державно-владними повноваженнями (органи публічної адміністрації), забезпечують надання медичного обслуговування населення з метою задоволення публічного інтересу.*

*З метою проведення ґрунтовної характеристики механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення необхідно визначити складові елементи його структури.*

В.В. Корженко визначає, що складовими елементами структури механізму публічного адміністрування є такі: суб'єкт і об'єкт управління; цілі, принципи, функції, методи, інформація, технологія та технічні засоби. Але якщо виходити з того, що управління – це єдність діяльності й відносин, а також враховуючи особливості державного управління, цей склад доцільно трансформувати [126, с. 34].

К.В. Степаненко виділяє такі елементи механізму публічного адміністрування, як: суб'єкт, об'єкт; адміністративно-правові засоби. Ми підтримуємо авторську позицію і вважаємо за доцільне взяти за основу зазначену класифікацію для дослідження механізму публічного адміністрування у сфері забезпечення медичного обслуговування населення.

Т.О. Коломоєць визначила, що в механізмі публічного адміністрування прийнято виділяти органічні та функціональні складники. Органічними складниками механізму публічного адміністрування слід вважати ті, які визначають сутність самого явища механізму публічного адміністрування, тобто без яких не може відбуватися сам механізм. Відповідно функціональними складниками механізму публічного адміністрування вважаються ті, що значною мірою впливають на механізм публічного адміністрування і не є обов'язковими його елементами. Органічними складниками механізму публічного адміністрування, на думку дослідниці, є норми права (загальнообов'язкові правила поведінки, встановлені з метою регулювання суспільних відносин); акти реалізації норм права (процес фактичного втілення

в життя приписів правових норм через поведінку суб'єктів адміністративного права); правові відносини (вольові суспільні відносини, що виникають на основі норм права) [127, с. 430]. Функціональними складовими частинами механізму публічного адміністрування, з її позиції професора, є: юридичні факти (конкретні життєві обставини, з якими пов'язані виникнення, зміна та припинення адміністративно-правових відносин. Самі по собі норми адміністративного права не діють, вони активізуються лише тоді, коли виникають необхідні для їх дії життєві обставини); правова свідомість суб'єктів публічного адміністрування (система відображення правової дійсності у поглядах, почуттях, уявленнях людей про право); законність (правовий режим суспільного життя, який характеризується неухильним дотриманням норм права всіма суб'єктами правових відносин; законність сприяє якісному здійсненню публічного адміністрування; для громадян законність становить засіб, за допомогою якого вони захищаються від порушення своїх прав, свобод і законних інтересів); акти тлумачення норм права (процес, спрямований на встановлення змісту норм права з метою їх правильної реалізації); акти застосування норм права (прояв веління компетентних державних органів, спрямований на забезпечення умов реалізації суб'єктивних прав та обов'язків учасників адміністративно-правових відносин) [127, с. 430]. *Відзначимо те, що професор найбільш ґрунтовно схарактеризувала складові елементи публічного адміністрування.*

С.І. Чернов наголошує, що складовими частинами структури механізму публічного адміністрування зазвичай визначаються такі: суб'єкт і об'єкт управління; цілі, принципи, функції, методи, інформація, технологія та технічні засоби. Суб'єкт і об'єкт є найпершими елементами механізму публічного адміністрування, саме їх взаємодія відображена у нормативних документах, що регламентують вплив держави на будь-яку сферу життєдіяльності суспільства. У системі державного управління об'єктом управління виступає суспільство, суспільна діяльність, а суб'єктом – органи виконавчої влади. Суб'єкт публічного адміністрування – система, наділена певною компетенцією і державно-владними повноваженнями, що дозволяють їй втілювати свою волю

у формі керівних команд чи рішень, обов'язкових для виконання, тобто це система, яка управляє. У публічному адмініструванні до його суб'єктів належать органи виконавчої влади (уряд, міністерства, державні служби, інспекції, агентства, інші центральні органи виконавчої влади, місцеві державні адміністрації); керівники і керівний склад цих органів (політичні діячі; посадові особи; службові особи, наділені державно-владними повноваженнями). Суб'єкт і об'єкт публічного адміністрування перебувають у постійній динамічній взаємодії, у процесі якої виникають управлінські відносини. Взаємодіючи, суб'єкт і об'єкт утворюють процес публічного адміністрування. Управлінські відносини – це відносини людей щодо здійснення функцій адміністрування. Важливою складовою частиною механізму публічного адміністрування є принципи, дотримання яких забезпечує створення умов для ефективного прояву об'єктивних законів. Для механізмів публічного адміністрування важливим є урахування як управлінських принципів, так і тих, що стосуються певної галузі, пов'язаних із законами функціонування економіки чи соціуму або окремих сфер його життєдіяльності [119, с. 64]. *Дозволимо собі не погодитися з позицією С.І. Чернова у тій частині, де він робить акцент у своєму визначенні складових елементів лише на елементах фактичного втілення в життя тієї чи іншої діяльності через поведінку суб'єктів та об'єктів адміністративного права. Така позиція, на наш погляд, неповною мірою формулює елементи публічного адміністрування.*

О.В. Сукманова під елементами механізму публічного адміністрування розуміє логічно взаємопов'язані й окремо взяті складові частини такого механізму, які є правовими засобами й інструментами публічного адміністрування, до яких належать: 1) норми права; 2) адміністративні інструменти (форми та методи адміністративної діяльності); 3) адміністративні процедури; 4) суб'єкти публічного адміністрування тощо [128, с. 339]. *На наш погляд, автор не в повному обсязі визначив структурні елементи публічного адміністрування, оскільки в його структурі відсутній основний елемент – об'єкт публічного адміністрування.*

На наш погляд, елементами механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є сукупність нормативно-правових актів, які визначають правовий статус суб'єкта та об'єкта, і засоби адміністрування.

Таким чином, об'єкт та суб'єкт публічного адміністрування є первинними складовими частинами механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення. Треба відзначити, що їхня взаємодія передбачена нормативно-правовими актами, які визначають державний вплив на сферу медичного обслуговування населення [119, с. 24]. Як такі зазвичай розглядають органи публічного адміністрування підприємства, установи чи організації, які здійснюють медичне обслуговування населення. Нормативно-правові акти відображають безпосередньо усі сторони діяльності суб'єктів, що забезпечують обіг медичного обслуговування населення. На їхній основі встановлюються відповідні сучасні правила поведінки у сфері медичного обслуговування населення, виникають та змінюються конкретні правові відносини, припиняються неактуальні норми поведінки тощо. Окрім того, засоби публічного адміністрування медичного обслуговування населення являють собою розгалужену систему правових прийомів, що застосовуються державою для забезпечення якісного, ефективного та безпечного медичного обслуговування.

## **2.2. Нормативно-правове забезпечення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення**

В Україні здоров'я громадян та інших фізичних осіб, які на законних підставах перебувають на її території, охороняється Конституцією України. Відповідно до ст. 49 Конституції України кожен громадянин має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [129].

Треба відзначити, що відповідне нормативно-правове забезпечення сфери медичного обслуговування населення є гарантією здоров'я громадян України.

У світлі проведення нинішніх реформ у сфері медичного обслуговування населення проблематика нормативно-правового забезпечення цієї сфери стала особливо актуальною. Зазначена проблема набула такої актуальності у зв'язку із тим, що у законодавстві про охорону здоров'я існує безліч колізій та прогалин, які потребують негайного їх усунення та врегулювання.

Необхідно звернути увагу на те, що актуальність нормативно-правового забезпечення сфери медичного обслуговування населення полягає й у тому, що цю проблематику вивчали такі науковці, як: М.В. Коноваленко, З.С. Гладун, Ю.І. Губський, Л.М. Дешко, О.М. Цібровський, С.В. Істомін, О.А. Кононенко, В.М. Сорока, В.Г. Сердюк, О.О. Скрипник, Л.Л. Солоп, А.В. Царенко, О.І. Якименко ще до проведення реформи сфери охорони здоров'я, тобто до 2015 року. Зрозуміло, що проведення сучасного реформування вносить свої корективи у нормативно-правове забезпечення досліджуваної сфери, що й зумовлює необхідність його вивчення, аналізу, удосконалення та усунення недоліків і прогалин.

Доречно звернути увагу й на те, що у зв'язку із євроінтеграційними процесами та сучасними викликами суспільства у сфері медичного обслуговування населення наукові досягнення знаходяться у постійному русі. Активно розвивається і стає помітним розвиток трансплантології, клонування та репродуктивної медицини, саме тому потребує удосконалення й нормативно-правове забезпечення усіх тих процесів, які зазнають медичного втручання, а також нерідко безпосередньо торкаються прав та свобод громадян.

Саме тому сьогодні наукова спільнота все більше уваги приділяє теоретичним і практичним проблемам медичного обслуговування населення в Україні. Така увага зумовлена тим, що правове регулювання зазначеної сфери знаходиться на досить низькому рівні та потребує ґрунтовного комплексного вивчення та законодавчого вдосконалення. Саме тому дослідження питань нормативно-правового забезпечення сфери медичного обслуговування населення стали вкрай актуальними як для держави, так і для наукової

спільноти [130, с. 69].

У зв'язку із розвитком європейської цивілізації і сучасними викликами, які стоять перед суспільством, оновлюється світосприйняття та правосвідомість громадян, а тому необхідно вибудувати чітку модель нормативно-правової вертикалі з ефективним та результативним правозастосуванням. При цьому треба відзначити, що вищою імперативною силою у суспільстві наділені закони України й усі нормативно-правові акти приймаються на основі цих законів.

Якісне оновлення суспільства неможливе без змістовного та системного нормативно-правового забезпечення, що визначає правову інформованість усіх структур суспільства й кожного громадянина окремо. На жаль, через свою специфіку нормативно-правова інформація не має достатньо добре налагоджених каналів публікації й поширення. Слід зазначити, що чинне законодавство щодо медичного обслуговування населення має багато суперечностей та прогалин, пов'язаних із соціально-політичними та економічними трансформаціями, які відбуваються в країні, а своєчасні зміни та доповнення здійснюється не належним чином. Практика показує, що відсутність численних нормативно-правових документів на місцях істотно знижує керованість соціальної сфери медичного обслуговування населення. Чинна нормативно-правова система щодо медичного обслуговування населення формулювалася десятиліттями, унаслідок чого для неї характерним є нашарування кількох історичних пластів, що відображають різні етапи розвитку та реформування сфери охорони здоров'я на різних етапах її розвитку [131].

Необхідно акцентувати увагу на тому, що будь-яка діяльність у сфері медичного обслуговування населення забезпечується за допомогою юридичних норм у вигляді правових настанов, яким властива різноманітна юридична сила і котрі визначають відповідну правомірну поведінку суб'єктів у цих правовідносинах.

**Саме тому доцільно сформулювати основу нормативно-правової системи сфери медичного обслуговування населення, під якою варто розуміти комплекс правових настанов, що втілюються за допомогою**

**юридичних норм, реалізуючи права громадян на якісне медичне обслуговування населення, метою якого є забезпечення життєдіяльності населення та збереження його здоров'я.**

Додержання правил поведінки в правовій державі здійснюється свідомо й добровільно, оскільки втілює волю народу. Ці правила є загальнообов'язковими, ґрунтуються на підтримці держави та громадській думці. Вони містяться, як правило, у нормативно-правових актах, що наділені різною юридичною природою та різною силою [7].

Відзначимо, що доктрина адміністративного права має декілька різноманітних підходів щодо поділу нормативно-правових актів на відповідні групи.

Так, Т.О. Коломоєць формулює акти державного управління як владні, прийняті згідно з вимогами законів приписи органів виконавчої влади з питань компетенції усіх органів (посадових осіб), що породжують юридичні наслідки. Акти державного управління є засобами практичної реалізації завдань виконавчої влади. Найбільш типовою, на її думку, є класифікація актів залежно від їх юридичних властивостей та суб'єктів права видання актів. Так, за юридичними властивостями акти державного управління поділяються на *нормативні* (встановлюють загальні правила поведінки, норми права, регламентують однотипні суспільні відносини в певних галузях, призначені для довгострокового та багаторазового застосування), *індивідуальні* (вирішують конкретні питання управління й не містять у собі норм права, спрямовані на одноразове застосування щодо конкретних випадків, ситуацій, обставин, здійснюють безперервне оперативне вирішення органами виконавчої влади численних справ) та *змішані* (містять і норми права, і рішення щодо конкретних управлінських справ та ненормативні приписи). Разом з тим, залежно від суб'єктів прийняття актів управління, виділяють укази й розпорядження Президента України; постанови й розпорядження Кабінету Міністрів України; накази, інструкції, розпорядження міністрів; рішення місцевих державних адміністрацій; положення, правила, інструкції, накази, розпорядження, що видаються керівниками державних підприємств та установ.

Також Т.О. Коломоєць класифікує акти публічного управління за такими класифікаційними ознаками: у просторі, часі та за колом осіб. За територією дії акти виконавчої влади поділяються на акти, що діють у масштабі всієї держави, та акти в межах адміністративно-територіальних одиниць. Як правило, дія актів управління в просторі й часі здійснюється згідно з компетенцією відповідного органу виконавчої влади. Дія правових актів управління в часі є більш складною, оскільки передбачає різні правила дії для актів управління. У вимірах часу акти управління діють від моменту набрання ними чинності до їх припинення, а саме: закінчення строку, на який був прийнятий акт (нормативні акти); припинення дії акта у зв'язку із виконанням його приписів (переважно індивідуальні акти); прийняття нового акта з певного питання від часу скасування нормативного акта внаслідок його застарілості або незаконності (анулює правовий акт як орган, що прийняв його, так і вищий орган) [127, с. 176–177].

В.К. Колпаков акти публічного управління поділяє за такими ознаками: *за юридичними властивостями* – на нормативні (правозастосовні, загального характеру) та ненормативні (індивідуальні, правозастосовні, правовиконавчі, приватні адміністративні акти, акти реалізації норм адміністративного права); *за межами дії (дія актів у просторі й часі)* – на такі, що діють у часі на всій території без обмежень; такі, що діють на території протягом визначеного терміну; такі, що діють на частині території без обмежень у часі; *за характером компетенції органів, що видають такі акти*: акти загального (акти Президента, Кабінету Міністрів України, місцевих державних адміністрацій); галузевого (акти управління галузевих міністерств, служб, агентств, інспекцій, а також керівників відділів і служб місцевих державних адміністрацій) та функціонального управління (акти функціональних органів управління) [132, с. 230].

Д.М. Бахрах акти державного управління групує за юридично значущими ознаками: *за змістом* – нормативні, індивідуальні, загальні акти, мішані акти; *за колом осіб, на які поширюються норми* – акти загального значення,

міжвідомчі акти, внутрішньовідомчі; *за суб'єктами, які прийняли адміністративні акти*, – акти органів виконавчої влади; акти суб'єктів влади, що не перебувають у системі апарату виконавчої влади; акти громадських організацій, котрим делеговані державно-владні повноваження; *за формою* – акти письмові, усні, конклюдентні; *за функціональною роллю* – планові з фінансових питань, методичного характеру, з кадрових питань, обліку, постачання та інших загальних функцій [133, с. 69].

Із вищезазначеного ми помічаємо, що кваліфікаційні групи нормативно-правових актів мають різний характер.

Оскільки здоров'я людини є найбільшою суспільною та індивідуальною цінністю і значною мірою впливає на процеси й результати економічного, соціального та культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку і благополуччя суспільства загалом, проблеми охорони здоров'я вимагають постійної уваги держави, а їх розв'язання має бути одним із пріоритетних напрямів її соціальної політики. Щоб забезпечити ефективність сфери медичного обслуговування населення, держава зобов'язана виробити нормативно-правове врегулювання, оскільки в цивілізованому суспільстві право є необхідною умовою існування та розвитку будь-якої системи й відповідної сфери публічного адміністрування зокрема [134, с. 260].

Основним напрямком діяльності держави щодо нормативно-правового адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Україні є європейська інтеграція, тобто досягнення європейських міжнародно-правових стандартів у всіх сферах суспільного життя. Так, міжнародно-правові стандарти у сфері медичного обслуговування населення - це зафіксовані міжнародно-правовими актами принципи й норми, які визначають зміни й обсяг прав людини у сфері охорони здоров'я при наданні медичної допомоги і слугують юридичними нормами для національної політики в цій сфері [135, с. 126].

Джерелами, які визначають міжнародно-правові акти у сфері медичного обслуговування населення, є документи, видані Організацією Об'єднаних

Націй, Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Міжнародною організацією праці, Радою Європи і Європейським Союзом, Всесвітньою і Європейською медичними асоціаціями [136].

Щодо міжнародного нормативно-правового забезпечення сфери медичного обслуговування населення, то слід відзначити, що воно реалізовується на основах міжнародних директив, постанов та відповідних рішень охорони здоров'я.

Відзначимо, що міжнародне нормативно-правове законодавство є незалежною правовою системою, яка має пріоритет щодо положень національного законодавства держав-членів Європейського Союзу. Європейське законодавство, що регулює медичне обслуговування населення, базується переважно на директивах Ради Європи, в рамках якої були прийняті «Конвенція про захист прав та гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину (Європейська конвенція про права людини та біомедицину)»; «Європейська конвенція про захист прав людини та основоположних свобод (ЄКЗПЛЮС)»; «Європейська конвенція про запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню»; «Європейська соціальна хартія (ЄСХ)»; «Рамкова конвенція про захист національних меншин»; «Рекомендація № R (2000) 5 Комітету міністрів РЄ державам-учасницям про розвиток форм участі громадян і пацієнтів у процесі ухвалення рішень, що впливають на медичне обслуговування»; «Часткова угода у сфері соціальної та громадської охорони здоров'я»; «Конвенція про розробку Європейської фармакопеї»; «Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку із використанням досягнень біології та медицини» та протоколи до неї та ін., які доповнюються та уточнюються низкою рекомендацій у сфері забезпечення медичного обслуговування населення; Директива 2001/83/ЄС Європейського Парламенту й Ради Європейського Союзу «Про кодекс Спільноти щодо медичних препаратів для людини» а також на директивах Ради Європейського Союзу, а саме: «Хартії основних прав ЄС»; «Проекту Директиви ЄС про права пацієнтів під час транскордонного надання медичних послуг» тощо.

Саме вищевизначені міжнародно-правові акти носять загальний характер щодо діючих систем сфери охорони здоров'я та її структурних елементів. Вони не містять індивідуалізації, але є обов'язковими до виконання у країнах Європейського Союзу, на які поширюється їх дія, та автоматично імплементуються у національне законодавство.

У зв'язку із обмеженим обсягом дисертаційного дослідження ми не будемо здійснювати характеристику міжнародно-правових актів, а перейдемо безпосередньо до розгляду національного законодавства щодо нормативно-правового забезпечення медичного обслуговування населення.

Головним джерелом, який стоїть в авангарді нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері медичного обслуговування населення, як і усіх сфер публічного адміністрування, є **Конституція України**.

Саме конституційні норми створюють правову основу медичного обслуговування населення. Вона включає закріплення не лише відповідного права, але й засобів його забезпечення, які держава має у своєму розпорядженні і які закладені в політичній та економічній системах, а також його соціальній основі [68].

Безпосередньо конституційні норми, на основі яких відбувається розвиток та удосконалення всієї правової системи країни в цілому та її функціональних сфер зокрема, віддзеркалюються в усіх галузях господарювання.

Стаття 49 Конституції України, в якій закріплено право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, присвячена медичному обслуговуванню населення. Ця норма відбиває вимоги всесвітніх і регіональних міжнародно-правових стандартів у галузі охорони здоров'я в цілому [137, с. 243].

Конституція України 1996 року на основі демократичних принципів розвитку ринкових відносин закріпила в численних статтях права людини в галузі охорони здоров'я, джерела фінансування, компетенцію різних органів державної влади та місцевого самоврядування. Конституційні основи знаходять конкретне втілення в різних сферах суспільного життя, розвиваються під

регулятивним впливом всієї правової системи суспільства. Засоби забезпечення права людини на охорону здоров'я закріплюються в Конституції України, отримують у відповідних конституційних нормах узагальнене політико-правове вираження. Це своєрідний «двигун», що призводить до руху весь механізм практичної реалізації права на його медичне обслуговування [137, с. 243].

Конституційні норми, які проголошують людину, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпеку найвищою соціальною цінністю, права і свободи невідчужуваними і непорушними, отримують предметно-юридичне втілення в усій національній системі права. Тому доречно розглянути нормативно-правове регулювання сфери медичного обслуговування населення на рівні інших законів [138, с. 123].

Відзначимо, що в Україні існує ціла низка законодавчих та інших нормативно-правових актів, які забезпечують медичне обслуговування населення. З метою удосконалення всієї нормативно-правової системи у досліджуваній сфері необхідно всі нормативно-правові акти залежно від предметної спрямованості систематизувати у класифікаційні групи.

**Так, на наш погляд, доцільно виокремити такі класифікаційні групи нормативно-правового забезпечення медичного обслуговування населення залежно від предмета правового забезпечення сфери медичного обслуговування населення:**

- 1) акти, які спрямовані на надання медичних послуг та медичної допомоги;**
- 2) акти, які формують взаємовідносини закладів охорони здоров'я з пацієнтами;**
- 3) акти, які врегульовують характерологічні суспільні відносини у сфері медичного обслуговування населення;**
- 4) акти, які встановлюють юридичну відповідальність за порушення норм у сфері медичного обслуговування населення.**

**Відповідно до запропонованої класифікації необхідно, на наш погляд, здійснити характеристику систематизованих нормативно-правових актів.**

**До першої класифікаційної групи актів, які спрямовані на надання медичних послуг та медичної допомоги, слід віднести такі Закони України:** «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [30], «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [69], «Про ліцензування видів господарської діяльності» [139]. **Акти Президента України:** «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року» [140], «Стратегія сталого розвитку України – 2020» [141], «Концепція управління якістю клінічних лабораторних досліджень» [142], «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України [143], «Про забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами» [144], «Про вдосконалення державного контролю за якістю та безпекою продуктів харчування, лікарських засобів та виробів медичного призначення» [145] тощо. **Акти Кабінету Міністрів України:** «Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я» [146], План заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 р. [147], «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» [148], «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» [149], «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» [150], «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [151], «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [152], «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» [153]. **Акти центральних органів виконавчої влади:** «Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр.» [154] «Про затвердження Положення про клінічний заклад охорони здоров'я» [155], «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [156].

**До другої групи актів, які формують взаємовідносини закладів охорони здоров'я із пацієнтами, включаючи електронну взаємодію, треба**

**віднести такі:** Цивільний кодекс України [157], Закони України: «Про захист прав споживачів» [158], «Про звернення громадян» [159], «Про страхування» [160], Міжнародний кодекс медичної етики [161], «Лісабонська декларація щодо прав пацієнтів» [162], «Європейська хартія прав пацієнтів» [163]. **Акти Президента України:** «Національна стратегія у сфері прав людини» [164], «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» [165]. **Акти Кабінету Міністрів України:** «Про затвердження заходів щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України» [166], «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я» [167], «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [168], «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік» [169], «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» [170], «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті, на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення» [171]. **Акти центральних органів виконавчої влади:** «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [172], «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу» [173], «Деякі питання договорів медичного обслуговування населення» [174], «Про затвердження Методики розрахунку тарифів» [175] тощо.

До третьої групи актів, які врегульовують характерологічні суспільні відносини у сфері медичного обслуговування населення, слід віднести такі акти: Закони України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [176], «Про психіатричну допомогу» [177], «Про донорство крові та її компонентів» [178], «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» [179], «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і

прекурсорів та зловживанню ними» [180], «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» [181], «Про захист населення від інфекційних хвороб» [182], «Про лікарські засоби» [183], «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» [184], «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» [185], «Про протидію захворюванню на туберкульоз» [186], «Про протидію поширенню хвороб, що зумовлені вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть із ВІЛ» [185], «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» [186], «Про захист населення від інфекційних хвороб» [182], «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» [187], «Про охорону дитинства» [188], «Про курорти» [189], «Про імплантацію електрокардіостимуляторів» [190]. **Акти Президента України:** Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 р. «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» [191].

**До четвертої групи актів, які встановлюють юридичну відповідальність за порушення норм у сфері медичного обслуговування населення, слід віднести** Кримінальний кодекс України [9], Цивільний кодекс України [10], Кодекс України про адміністративні правопорушення [192], Закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [11], «Про захист прав споживачів» [158], «Про звернення громадян» [159], «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» [193], «Про захист населення від інфекційних хвороб» [182]. **Постанови Пленуму Верховного Суду України:** «Про судову практику у справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди» [194], Про практику розгляду цивільних справ за позовами про захист прав споживачів [195], «Про судову практику у справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди» [196], «Про практику розгляду цивільних справ за позовами про захист прав споживачів» [195].

Вважаємо за доцільне охарактеризувати нормативно-правові акти, які забезпечують публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

Так, Конституція України визначається як основне джерело нормативно-правового забезпечення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення. Саме конституційні норми визначають правову основу статусу громадянина у сфері медичного обслуговування населення, вони не лише закріплюють відповідні права громадян на медичне обслуговування, а й визначають засоби забезпечення цих прав у сфері публічного адміністрування. Ст. 49 Конституції України закріплює право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування як невід'ємних складових медичного обслуговування населення в цілому. Саме зазначена норма є віддзеркаленням вимог міжнародно-правових актів та стандартів у сфері медичного обслуговування населення. Сьогодні основоположною проблемою, яка вирішується на державному рівні, є належне та ефективне функціонування інституту прав людини та громадянина, за допомогою якого мають чітко реалізовуватися їх конституційні права, в тому числі й права на охорону здоров'я та медичне обслуговування.

Конституція України 1996 року на основі демократичних принципів розвитку ринкових відносин закріпила в численних статтях права людини у сфері охорони здоров'я, у тому числі й у сфері її медичного обслуговування, джерела фінансування, компетенцію органів публічної адміністрації. Конституційні основи знаходять конкретне втілення в різних сферах суспільного життя, розвиваються під регулятивним впливом всієї правової системи суспільства. Засоби забезпечення права людини на охорону здоров'я, в тому числі й у сфері її медичного обслуговування, закріплюються в Конституції України, отримують у відповідних конституційних нормах узагальнене політико-правове вираження. Це своєрідний «двигун», що приводить до руху весь механізм практичної реалізації права на охорону здоров'я, у тому числі й у сфері її медичного обслуговування [137, с. 243].

Конституційні норми, які проголошують життя і здоров'я людини, її честь і гідність, недоторканність і безпеку найвищою соціальною цінністю, а права та свободи невідчужуваними й непорушними, зокрема у сфері охорони здоров'я, отримують предметно-юридичне втілення в усій національній системі права [137, с. 243].

Наступним нормативно-правовим актом, який є основоположним у сфері медичного обслуговування населення, виступають Основи законодавства про охорону здоров'я. У них визначаються такі права на охорону здоров'я, у тому числі й на медичне обслуговування, як: забезпечення життєвого рівня, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я людини; підтримання безпечного для життя і здоров'я навколишнього природного середовища; санітарно-епідемічного благополуччя території і населеного пункту, де він проживає; безпечних і здорових умов праці, навчання, побуту та відпочинку; кваліфікованої медичної допомоги, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я; достовірної та своєчасної інформації про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи наявні і можливі фактори ризику та їх ступінь; участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики у сфері охорони здоров'я; участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством; можливості об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я; правового захисту від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я; відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди; оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я; можливості проведення незалежної медичної експертизи відповідного типу у разі незгоди громадянина з висновком державної медичної експертизи, застосування до нього запобіжного заходу як до особи, щодо якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про застосування примусових заходів медичного характеру, примусового

лікування, примусової госпіталізації та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я порушуються права громадянина України на охорону здоров'я; права пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду; інформування про доступні медичні послуги із застосуванням телемедицини [30].

Необхідно відзначити те, що іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають на території України, особи, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, користуються такими ж правами і несуть такі ж обов'язки у сфері медичного обслуговування, як і громадяни України, якщо інше не передбачено міжнародними договорами чи законами України. Відповідно громадянам України, які перебувають за кордоном, гарантується право на охорону здоров'я у формах і обсязі, передбачених міжнародними договорами, у яких бере участь Україна [30].

Доцільно відзначити те, що у зв'язку із проведенням тотальних реформ у сфері надання медичної допомоги в Україні та у сфері охорони здоров'я в цілому, Основи законодавства про охорону здоров'я потребують ґрунтовного доопрацювання, оскільки значна кількість норм у цій сфері втрачає свою актуальність. А також з метою систематизації нормативно-правових актів у сфері медичного обслуговування населення доцільно усі акти звести в один кодифікований акт із назвою *Кодекс України про медичне обслуговування населення (структура якого представлена у Додатку А)*.

Слід зазначити, що не менш важливим актом у сфері медичного обслуговування населення в Україні є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій [197].

Законодавець як в Основах законодавства про охорону здоров'я, так і в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» послуги з медичного обслуговування населення та медичні послуги зводять до єдиного знаменника, а саме - визначає їх, як «послуги, що надаються пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою - підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та які оплачуються її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт» [30]. На наш погляд, не доцільно ототожнювати два зовсім різних поняття, де «послуги з медичного обслуговування населення» є набагато ширшим поняттям, ніж поняття «медична послуга», бо саме воно включає в себе надання медичних послуг, а також інших послуг, які не обмежуються лише медичною допомогою. З метою розмежування законодавчо визначених понять назріла необхідність у формулюванні власної авторської дефініції поняття «послуга з медичного обслуговування населення», під якою необхідно розуміти послугу, що надається пацієнту суб'єктом публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я (юридичною та фізичною особою), який має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та господарської діяльності, при цьому вона не обмежується медичною допомогою через надання інших соціальних та адміністративних послуг задля забезпечення медичного обслуговування населення.

Разом з тим під медичною послугою, на наш погляд, доцільно розуміти послугу, яка надається пацієнту суб'єктом публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я (юридичною та фізичною особою), який має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності лише з медичної практики.

Отже, основними відмінностями між категоріями «послуга з медичного обслуговування населення» та «медична послуга» полягає у тому, що медична послуга надається пацієнту суб'єктом публічної

**адміністрації у сфері охорони здоров'я (юридичною та фізичною особою), який має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності лише з медичної практики, а «послуга з медичного обслуговування населення» - надається суб'єктом публічної адміністрації як з медичної практики, так і через надання інших соціальних та адміністративних послуг задля забезпечення медичного обслуговування населення, не включаючи медичну допомогу.**

*Саме тому пропонуємо доповнити пункти 1-4 ст. 2 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» власною авторською дефініцією «послуга з медичного обслуговування населення – послуга, яка надається пацієнту суб'єктом публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я (юридичною та фізичною особою), який має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також іншої господарської діяльності, що не обмежується медичною допомогою, тобто інші соціальні та адміністративні послуги, не включаючи медичної допомоги.*

*Разом з тим пропонуємо доповнити п. 16 ст. 3 Основ законодавства про охорону здоров'я таким положенням: «медична послуга – це послуга, яка надається пацієнту суб'єктом публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я (юридичною та фізичною особою), який має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності лише з медичної практики».*

Іншими актами, які врегульовують нормативно-правове забезпечення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, є Акти Президента України. Так, Указом Президента України затверджена «Стратегія сталого розвитку «Україна - 2020», яка передбачає кардинальне системне реформування сфери медичного обслуговування населення, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав. Головними напрямками реформ мають стати підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг та

послуг з медичного обслуговування населення належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я. Орієнтиром у проведенні реформи є програма Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я – 2020» [141, 198, с. 73].

Указом Президента України затверджено «Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року», основною метою яких є забезпечення національних інтересів України щодо сталого розвитку економіки, громадянського суспільства і держави для досягнення зростання рівня та якості життя населення, додержання конституційних прав і свобод людини і громадянина та забезпечення якісного та нешкідливого медичного обслуговування населення [140].

Актами нормативно-правового забезпечення медичного обслуговування населення також є акти Кабінету Міністрів України.

Постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік» [169] затверджено «Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році», який визначає особливості реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році, дія якого поширюється на всі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності, та фізичних осіб-підприємців, що отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з Національною службою здоров'я України, а також на суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлю лікарськими засобами і які уклали договір про реімбурсацію з Національною службою здоров'я України [199].

Порядок реімбурсації лікарських засобів, який затверджений Постановою Кабінету Міністрів України [200], визначає механізм повного або часткового відшкодування вартості (реімбурсації) лікарських засобів суб'єктам

господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами. Реімбурсації підлягають зареєстровані в Україні готові лікарські засоби, які використовуються для лікування медичних станів (захворювань), визначених Кабінетом Міністрів України, і включені до Національного переліку основних лікарських засобів [201], Переліку міжнародних непатентованих назв лікарських засобів [202] та Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації.

Порядок визначення розміру реімбурсації лікарських засобів, який затверджений постановою Кабінету Міністрів України, описує механізм розрахунку розміру реімбурсації лікарських засобів, що відповідає законодавчо встановленим вимогам, а також визначає розмір реімбурсації за упаковку лікарського засобу за допомогою встановленої формули і визначає перелік необхідних документів, котрі власник реєстраційного посвідчення на лікарський засіб або його уповноважений представник (заявник) має надати до Національної служби здоров'я України [200].

Актами центральних органів виконавчої влади, зокрема Наказом Міністерства охорони здоров'я України, затверджується «Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [172], відповідно до якого всім громадянам України надається право вибору лікаря для здійснення первинної медичної допомоги через електронну систему обміну медичною інформацією, яка створена згідно з «Планом заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року». Дія зазначеного Порядку поширюється на заклади охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому порядку отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, зареєструвались в електронній системі охорони здоров'я або електронній системі обміну медичною інформацією, але ще не уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення. У випадку подання декларації такому закладу охорони здоров'я або

фізичній особі-підприємцю цей документ набирає чинності з дня укладення договору про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення [203]

Здійснивши аналіз нормативно-правового забезпечення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, ми бачимо, що більшість законодавчих актів спрямовується безпосередньо на деталізацію та спеціалізоване врегулювання суспільних відносин у сфері медичного обслуговування населення. Але вони неповною мірою вирішують питання комплексного врегулювання суспільних відносин у досліджуваній сфері. Доцільно відзначити те, що за допомогою кількісного законодавчого забезпечення відповідної сфери не можливо отримати якісний результат нормативно-правового врегулювання суспільних відносин у сфері медичного обслуговування населення. Треба відзначити й те, що у сфері медичного обслуговування населення наявна розгалужена система нормативно-правових актів, які не мають системного характеру. Досить багато актів дублюється, багато застарілих актів, актуальність яких уже втрачена у зв'язку із проведенням сучасних реформ у досліджуваній сфері. Саме тому нами запропоновано систематизувати законодавство у сфері медичного обслуговування населення у чітку, струнку та логічно побудовану систему за допомогою найбільш досконалої та найвищої форми систематизації законодавства, а саме – кодифікації, яка полягає у впорядкуванні законодавчого матеріалу, що спрямовується на усунення повторень, ліквідацію прогалин та суперечностей, а також на врегулювання суспільних відносин у цій сфері.

Прикладом кодифікованого акта у сфері медичного обслуговування населення можуть бути визнані Основи законодавства про охорону здоров'я України. Але сучасні зміни суспільних відносин, які відбуваються під впливом євроінтеграційних процесів, проведення реформ у сфері медичного обслуговування населення, а також значний масив законодавства у цій сфері потребує структуризації та узгодженого поєднання чинних норм у єдиний кодифікований законодавчий акт, що здійснюватиме однотипне врегулювання

суспільних відносин у сфері медичного обслуговування населення з урахуванням усіх специфічних для цієї сфери відносин.

Вважаємо за доцільне обґрунтувати актуальність, необхідність та доцільність створення Кодексу України про медичне обслуговування населення. Так, спробуємо визначити такі основні обставини, які спонукають до процесу кодифікації сфери медичного обслуговування населення:

- наявність фундаментального законодавства у світлі проведення сучасних реформ;

- систематизація характерологічних та спеціалізованих норм, які врегульовують суспільні відносини у різних напрямках діяльності під час забезпечення медичного обслуговування населення;

- забезпечення безперервного підвищення рівня професійної підготовки та післядипломної професійної підготовки працівників сфери медичного обслуговування населення;

- брак єдиного концептуального науково обґрунтованого законодавчого забезпечення сфери медичного обслуговування населення (відсутність наукової концепції);

- допомога юристам під час розгляду різноманітних справ щодо медичного обслуговування населення;

- наявність неузгоджених норм окремих законодавчих актів сфери медичного обслуговування населення із галузевим законодавством;

- забезпечення регламентації адміністративно-правового статусу медичних працівників та пацієнтів;

- доцільність нормативно-правового врегулювання на різноманітних рівнях публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення (державна, приватна, муніципальна).

Отже, в Кодексі України про медичне обслуговування населення необхідно передбачити всі міжнародні стандарти у цій сфері щодо забезпечення прав людини та громадянина, усі норми щодо публічного адміністрування цієї сфери в цілому, норми, які врегульовуватимуть усю сферу охорони здоров'я, які включатимуть надання медичної допомоги в загальному

та спеціалізованому медичному вимірі. Він спрямовуватиметься на деталізоване та різноманітне врегулювання суспільних відносин у сфері медичного обслуговування населення, але не має виключати можливостей врегулювати деякі аспекти забезпечення медичним обслуговуванням населення окремими законодавчими та нормативними актами у цій сфері. Ми вважаємо, що він має поділятися на загальну та особливу частини, де загальна повинна містити загальнорегулювальні норми досліджуваної сфери, а особлива – норми, які врегулюють та охороняють характерологічні правовідносини у сфері медичного обслуговування населення (структура зазначеного Кодексу представлена у Додатку А).

### **2.3. Суб'єкти публічного адміністрування медичного обслуговування населення в Україні**

Створення системи публічного адміністрування в різних сферах суспільного життя є першочерговим завданням розвитку суспільства, спільної організації людей для досягнення певних завдань та реалізації намічених цілей у відповідних сферах та галузях їхньої діяльності. Не є винятком і сфера медичного обслуговування населення в Україні. Адміністрування у цій сфері здійснюється, зокрема, системою державних та недержавних органів (яким делеговано державні повноваження) [204].

Необхідно відзначити те, що публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є публічно владною діяльністю відповідних суб'єктів адміністрування на різних рівнях, предметом якої є медичне обслуговування тощо. Проявом такої діяльності є медична допомога, надання адміністративних послуг, медичних послуг щодо профілактики, діагностики, лікування, реабілітації, репродуктології, трансплантології тощо.

Перш ніж перейти до дослідження системи органів публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, необхідно розглянути сутність категорії «публічне адміністрування», що є основою

соціально-економічного розвитку суспільства. Саме зазначена система включає в себе різні рівні управління, якими є державне, регіональне та муніципальне.

З метою ґрунтовної характеристики суб'єктів публічного адміністрування медичного обслуговування населення, на наш погляд, необхідно проаналізувати такі поняття, як *«публічна адміністрація»*, *«публічна адміністрація сфери медичного обслуговування населення»*, *«суб'єкт публічного адміністрування»*, *«суб'єкт публічного адміністрування сфери медичного обслуговування населення»*.

Звернемо увагу на те, що вперше категорію «публічна адміністрація» було запропоновано у правовій системі Європейського союзу.

Відзначимо, що дефініція «публічна адміністрація» серед сучасних вітчизняних дослідників з адміністративного права визначається за допомогою двох складових понять: першого – «публічна» як спільна, доступна для всіх, слугує всім, поєднує в собі державну (національну) та самоврядну (територіальну) та другої – «адміністрація» – із вказівкою на підпорядкованість політичній владі та служіння публічним інтересам як головне завдання в діяльності. Саме публічна адміністрація адекватно відтворює реальний зміст та сутність організаторсько-сервісної діяльності публічної влади [205, с. 167].

Сьогодні поняття «публічна адміністрація» на законодавчому рівні не визначено. Треба відзначити лише те, що ст. 3 КАСУ визначає категорію «публічної служби» у вигляді діяльності на державних політичних посадах, у державних колегіальних органах, професійної діяльності суддів, прокурорів, військової служби, альтернативної (невійськової) служби, інших державних служб, патронатної служби в державних органах, служби в органах влади Автономної Республіки Крим, органах місцевого самоврядування [206, с. 54; 207].

Із проведеного дослідження сутності «публічної адміністрації» відзначимо, що категорія досить активно втілюється в адміністративно-правову наукову доктрину. Саме адміністративне право здійснює реалізацію основних функцій публічної адміністрації. Тому вважаємо за доцільне- проаналізувати позиції вчених- адміністративістів щодо поняття «публічна адміністрація».

Т. О. Коломоець визначає «публічну адміністрацію» як складне, об'ємне поняття, яке включає в себе дві складові – організаційну (інституційну) як вказівку на суб'єктний склад і процедурну – як визначення процедурних аспектів діяльності органів (суб'єктів) публічної адміністрації [205, с. 167].

В. К. Колпаков вважає, що категорія «публічна адміністрація» визначається за допомогою двох вимірів – «функціонального» і «організаційно-структурного». При функціональному підході – це діяльність відповідних структурних утворень із виконання функцій, спрямованих на реалізацію публічного інтересу. Таким інтересом в українському праві визнається інтерес соціальної спільноти, що легалізований і задоволений державою. Таким чином, наприклад, виконання публічною адміністрацією правоохоронної функції означає системну діяльність усіх структурних утворень, які мають таку функцію [206, с. 55]. При організаційно-структурному підході публічна адміністрація – це сукупність органів, які утворюються для здійснення (реалізації) публічної влади. В українському праві публічною владою визнається, по-перше, влада народу як безпосереднє народовладдя; по-друге, державна влада – законодавча, виконавча, судова; по-третє, місцеве самоврядування [206, с. 55].

Слід зазначити, що публічну владу в Україні здійснюють такі органи, як: Верховна Рада України (парламент), Президент України (як владний інститут), місцеві ради (вони реалізують владу народу, що знаходить вираз у виборчих процесах); органи та установи, що реалізують державну владу (наприклад, органи виконавчої влади, суди тощо); органи й установи, що реалізують місцеве самоврядування (наприклад, виконавчі комітети місцевих рад, громадські об'єднання, органи самоорганізації населення тощо) [208].

В.К. Колпаков під «публічною адміністрацією» розуміє систему організаційно-структурних утворень, які на законних підставах набули владних повноважень для їх реалізації в публічних інтересах [208].

В.Б. Авер'янов терміном «публічна адміністрація» пропонує позначати сукупність органів виконавчої влади та органів виконавчого самоврядування,

підпорядкованих політичній владі, які забезпечують виконання закону та здійснюють інші публічні управлінські функції [208].

Н.П. Каменська поняття «публічної адміністрації» інтерпретує як систему органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, які відповідно до закону у межах своєї компетенції здійснюють управління публічними справами [209]. Дозволимо собі не погодитися із трактуванням дослідника, який до системи публічної адміністрації відносить лише органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, а всіх інших залишає поза увагою. Виникає питання про такі суб'єкти, як Верховна Рада України, Президент України, місцеві органи виконавчої влади тощо.

І.В. Патерило трактує поняття «публічна адміністрація» як складне системне утворення, у межах якого об'єднується велика кількість суб'єктів, задіяна в реалізації Конституції та законів України, а також актів Президента України, що має на меті задоволення публічного інтересу [210, с. 83]. Хочемо звернути увагу в авторському трактуванні на те, що воно дає це поняття як досить узагальнене та визначає як велику кількість суб'єктів, а яких саме - не уточнює. На наш погляд, дефініція має конкретно ідентифікувати суб'єкти, а не лише їхню мету.

Відзначимо, що в адміністративно-правовій науці відсутній єдиний підхід до правової категорії «публічна адміністрація». На наш погляд, доцільно обґрунтувати та удосконалити поняття та запропонувати власне розуміння визначення *«публічна адміністрація» як сукупності незалежних публічно-правових суб'єктів, які наділені державно-владними повноваженнями, що реалізуються з метою задоволення інтересів громадян.*

*Відповідно «публічна адміністрація у сфері медичного обслуговування населення» - це сукупність незалежних публічно-правових суб'єктів сфери медичного обслуговування населення, які наділені державно-владними повноваженнями, що втілюються в життя з метою надання медичних та інших публічних послуг задля забезпечення та збереження здоров'я людини.*

*Із запропонованої дефініції доцільно вилучити такі основні ознаки публічної адміністрації у сфері медичного обслуговування населення:*

- а) наявність незалежних публічно-правових суб'єктів;*
- б) діяльність здійснюється у сфері медичного обслуговування населення;*
- в) суб'єкти наділені державно-владними повноваженнями;*
- г) реалізація повноважень відбувається з метою надання медичних та інших публічних послуг;*
- д) відбувається забезпечення та збереження здоров'я людини;*
- є) реалізація норм законів та підзаконних актів відбувається лише у сфері медичного обслуговування населення.*

На сьогодні публічні органи управління (публічна адміністрація) здійснюють різні функції щодо задоволення потреб людини та громадянина, і однією з цих функцій є публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення. Найважливішим суб'єктом реалізації політики охорони здоров'я, у тому числі й у сфері медичного обслуговування населення, є людина. Тож, навколо людини та її інтересів, у нашому випадку в межах охорони й зміцнення здоров'я, здійснюється діяльність усієї системи медичного обслуговування населення [211; 212, с. 11; 213, с. 171; 118, с. 828].

Особливість публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення обумовлена важливістю і продуманістю організацій, які від імені держави здійснюють адміністрування зазначеною галуззю. Показники здоров'я нації не завжди прямо залежать від ефективності діяльності органів публічного управління у сфері охорони здоров'я, у тому числі й у сфері медичного обслуговування населення, проте останні значною мірою здатні впливати на стан зазначеної сфери. Публічна адміністрація, що діє у сфері медичного обслуговування населення, має риси як загальної (універсальної) системи, так і специфічні риси системи публічного адміністрування зі своїми особливостями [211; 214, с. 9].

Необхідно відзначити те, що публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення характеризується низкою суб'єктів, які здійснюють адміністрування досліджуваної сфери.

Аналіз норм Конституції України, інших нормативних актів і повноважень органів публічної влади свідчить про те, що саме вони: Верховна Рада України, Президент України, Кабінет Міністрів України поряд з громадянами та об'єднаннями громадян є суб'єктами формування державної політики загалом і у сфері медичного обслуговування населення зокрема [211].

Згідно з конституційними положеннями, іншими відповідними законодавчими нормами суб'єкти, які здійснюють реалізацію публічних повноважень у сфері медичного обслуговування населення, можуть бути поєднані у такі групи:

а) *суб'єкти із загальнопублічними повноваженнями*: Верховна Рада України, Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, Президент України, Уповноважений Верховної Ради України з прав людини, Рада національної безпеки і оборони України, Кабінет Міністрів України, Генеральна прокуратура України, інші центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування та місцеві органи виконавчої влади, а також органи судової системи України;

б) *суб'єкти, із консультативно-дорадчими повноваженнями*: Рада з питань національної єдності при Президентові України; Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при Кабінеті Міністрів України; Міжвідомча координаційна рада при МОЗ України з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я; Громадська рада при Міністерстві охорони здоров'я України (постійно діючий центральний громадський колегіальний консультативно-дорадчий і наглядово-експертний орган); Громадська рада при Міністерстві охорони здоров'я України з питань співпраці з Всеукраїнською Радою Церков і релігійних організацій (постійно діючий дорадчо-консультативний орган); Рада молодих вчених при Міністерстві охорони здоров'я України (постійно діючий дорадчий орган); Колегія Міністерства охорони здоров'я України (постійний консультативно-дорадчий орган); Вчена медична рада Міністерства охорони здоров'я України (постійно діючий консультативний орган, що розглядає питання розвитку

медичної науки в Україні); Координаційна рада з питань розвитку медсестринства України; Медична рада при Міністерстві охорони здоров'я; Координаційна рада з контролю та управління якістю медичної допомоги; Клініко-експертні комісії Міністерства охорони здоров'я України (постійно діючий орган, що виконує координаційну, консультативну та дорадчу функції з питань організації роботи, клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги); Клініко-експертні комісії управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування; Медична рада закладу охорони здоров'я (постійно діючий консультативно-дорадчий орган); Рада для здійснення координації заходів, пов'язаних із забезпеченням консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

**в) суб'єкти із спеціалізованими публічними повноваженнями:** Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, Національна служба здоров'я України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками тощо.

*Вважаємо за доцільне охарактеризувати основні повноваження суб'єктів публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.*

*Так, Верховна Рада України здійснює законодавче врегулювання суспільних відносин у сфері медичного обслуговування населення через прийняття відповідних законодавчих актів, оскільки вона безпосередньо не здійснює адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, а лише впливає на зазначену сферу через реалізацію функцій держави. На досліджувану сферу Парламент впливає через прийняття таких законодавчих актів, як, наприклад, «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про лікарські засоби», «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів», затверджує Державний бюджет України, включаючи видатки на медичне обслуговування населення, а також затверджує загальнодержавні програми щодо медичного обслуговування тощо.*

Доцільно також звернути увагу на те, що при Верховній Раді України функціонує *Комітет з питань охорони здоров'я*, який є її робочим органом з питань охорони здоров'я та медичного обслуговування населення зокрема. До його повноважень входить формування відповідних проектів засад державної політики у сфері медичного обслуговування населення, розгляд концепцій її розвитку та реформування, проведення парламентських слухань щодо сучасного стану медичного обслуговування населення в Україні та його покращення тощо.

Наприклад, у Верховній Раді України відбулися такі парламентські слухання: 08 липня 2019 року «Про реформу охорони здоров'я в Україні», 12 лютого 2020 року «Організація протиракової боротьби в Україні. Проблеми та шляхи їх вирішення», 16 грудня 2015 року «Про реформу охорони здоров'я в Україні», 5 червня 2013 року «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я» тощо.

Доцільно відзначити, що сьогодні існує значне коло невирішених питань, які ще потрібно вносити на розгляд парламентських слухань Верховної Ради України. Це, наприклад, необхідність удосконалення процесу реалізації Урядової програми «Доступні ліки», яка поки демонструє безліч проблематичних моментів під час процедури цієї реалізації.

*Президент України* згідно із Конституцією України та Основами законодавства України про охорону здоров'я визнається гарантом права громадян на охорону здоров'я, який забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади, а також втілює в життя державну політику щодо медичного обслуговування населення та здійснює інші повноваження, передбачені законодавством у цій сфері [30].

*Уповноважений Верховної Ради України з прав людини* здійснює парламентський контроль за дотриманням конституційних прав і свобод людини і громадянина, у тому числі й права на якісне медичне обслуговування населення, та здійснює захист цих прав на всій території України в межах своєї юрисдикції на постійній основі [215].

*Рада національної безпеки і оборони України* визнана координаційним органом з питань національної безпеки і оборони при Президентові України, основними завданнями якої є визначення стратегічних національних інтересів України, концептуальних підходів та напрямів забезпечення національної безпеки і оборони у політичній, економічній, соціальній, військовій, науково-технологічній, екологічній, інформаційній та інших галузях, у тому числі й у сфері медичного обслуговування населення [216].

*Кабінет Міністрів України* організовує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері медичного обслуговування населення, забезпечує повноваження, покладені на органи виконавчої влади у сфері медичного обслуговування населення [30; 212, с. 12].

***Кабінет Міністрів України*** – це той суб'єкт публічного адміністрування, який уповноважений врегульовувати діяльність щодо медичного обслуговування населення [80, с. 22; 217, с. 5]. Він конституційно визначений вищим органом виконавчої влади у системі публічної адміністрації. До його повноважень у досліджуваній сфері можна віднести такі: реалізація державної політики у сфері медичного обслуговування населення; забезпечення епідеміологічного благополуччя населення у процесі медичного обслуговування населення; розробка та реалізація комплексно-цільових програм щодо медичного обслуговування населення, впровадження організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів стимулювання якісного та ефективного медичного обслуговування населення тощо.

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Кабінет Міністрів України, реалізуючи свої повноваження через інших суб'єктів публічної адміністрації забезпечує виконання таких повноважень, як реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій; проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах під час медичного обслуговування населення; забезпечення функціонування

електронної системи охорони здоров'я тощо [69];

Наступним суб'єктом публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, який створюється Кабінетом Міністрів України та наділений повноваженнями контролю, є *Рада громадського контролю* [218] як єдиний національний замовник медичних послуг у процесі медичного обслуговування населення. Вона створена та діє з метою забезпечення інтересів пацієнтів в рамках гарантованого державою пакета медичного обслуговування населення.

Допоміжним суб'єктом публічного адміністрування при Кабінеті Міністрів України є *Секретаріат Кабінету Міністрів України*. Він реалізовує повноваження, покладені на нього Кабінетом Міністрів України щодо організаційного, матеріально-технічного, аналітично-правового забезпечення інших суб'єктів публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

Кабінет Міністрів України реалізує виконавчу владу безпосередньо та через міністерства, інші центральні органи виконавчої влади, Раду міністрів Автономної Республіки Крим та місцеві державні адміністрації, спрямовує та координує роботу цих органів у сфері обігу лікарських засобів [219; 220, с. 5].

Рада міністрів Автономної Республіки Крим здійснює виконавчі функції та повноваження з питань, віднесених до самостійного відання Автономної Республіки Крим. Це організація та розвиток сфери обігу лікарських засобів у частині безпечного, доступного та ефективного забезпечення лікарськими засобами [220].

Також Кабінет Міністрів України спрямовує й координує роботу міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, які забезпечують проведення державної політики у відповідних сферах суспільного й державного життя, виконання Конституції та законів України, актів Президента України, додержання прав і свобод людини та громадянина. Міністерства та інші центральні органи виконавчої влади відповідальні перед Кабінетом Міністрів України, підзвітні та підконтрольні йому [221].

*Із проведеного аналізу суб'єктів публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, зважаючи на досить серйозну епідеміологічну ситуацію у світі та в Україні зокрема, ми вважаємо, що необхідно внести доповнення до ст. 20 Закону України «Про Кабінет Міністрів України», яким буде чіткіше врегульовано його повноваження безпосередньо у сфері медичного обслуговування населення. Цю статтю необхідно доповнити таким чином: «забезпечення реалізації державної політики та державних програм у сфері медичного обслуговування населення».*

Необхідно також відзначити, що до суб'єктів публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення входять такі центральні органи виконавчої влади, як Міністерство охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, Академія медичних наук України, Національна служба здоров'я України, Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, Міжвідомча координаційна рада при Міністерстві охорони здоров'я України, Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Антимонопольний комітет тощо.

Саме тому вважаємо за доцільне здійснити коротку характеристику центральних органів виконавчої влади, які здійснюють публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

Необхідно звернути увагу на те, що профільні міністерства та інші центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози у сфері медичного обслуговування населення, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти медичному обслуговуванню населення, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення сфери медичного обслуговування населення, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у сфері медичного обслуговування населення [30].

Розглянемо провідний суб'єкт публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, яким є *Міністерство охорони здоров'я України*.

Відзначимо, що Міністерство охорони здоров'я України забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, в тому числі й у сфері медичного обслуговування населення, а також захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, попередження та профілактику неінфекційних захворювань, забезпечує формування та реалізує державну політику у сферах епідеміологічного нагляду (спостереження), імунопрофілактики, промоції здорового способу життя та запобігання факторам ризику, попередження та зниження рівня вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення, безпеки харчових продуктів, регламентації факторів середовища життєдіяльності населення, гігієнічної регламентації небезпечних факторів, створення національної системи крові, управління системою якості щодо безпеки крові, біологічної безпеки та біологічного захисту, боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та оголошення надзвичайних станів у сфері охорони здоров'я, а також забезпечення формування державної політики у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення; розвитку медичних послуг, впровадження електронної системи охорони здоров'я, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; технічного регулювання медичних виробів, медичних виробів для діагностики «in vitro», активних медичних виробів, які імплантують, косметичної продукції; забезпечення населення якісними, ефективними та безпечними лікарськими засобами, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також безпечних медичних виробів та косметичної продукції; розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, вищої медичної, фармацевтичної освіти та науки [222].

Із вищезазначеного ми бачимо, що Міністерство охорони здоров'я України забезпечує реалізацію державної політики у різноманітних напрямках діяльності охорони здоров'я в цілому. Але водночас ми не бачимо вирішення

таких вагомих питань, як розвиток страхової медичної допомоги, яка в умовах сьогодення є конче необхідною. Саме вона, на наш погляд, має належним чином забезпечувати ефективну реалізацію забезпечення прав громадян на якісне медичне обслуговування та покривати витрати на нього.

Відповідно до зазначеного ми вважаємо, що п. 1 Положення про Міністерство охорони здоров'я необхідно доповнити п.п. 7 такого змісту: «реалізовувати державну політику щодо розвитку страхового медичного обслуговування населення».

Наступним суб'єктом публічної адміністрації у сфері медичного обслуговування населення є Національна служба здоров'я України, яка законодавством визначена як центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Її основними завданнями у сфері медичного обслуговування населення є реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій); виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [223].

Разом з тим, основними завданнями, які покладені на Національну службу здоров'я у сфері медичного обслуговування населення, є узагальнення практики застосування законодавства з питань, що належать до її компетенції, розроблення пропозицій щодо вдосконалення законодавчих актів, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, нормативно-правових актів міністерств та в установленому порядку внесення їх на розгляд Міністра охорони здоров'я; проведення аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах з метою розроблення проекту програми медичних гарантій, здійснення стратегічних

закупівель медичних послуг та реімбурсації лікарських засобів за програмою медичних гарантій; розробка проекту програми медичних гарантій та проектів специфікацій і умов закупівлі медичних послуг за програмою медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів; визначення референтних закладів охорони здоров'я, які визначені МОЗ як заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності, дані аналізу витрат у яких використовуються для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми медичних гарантій [224]) та аналіз витрат таких закладів на медичне обслуговування у встановленому законодавством порядку; укладання, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію; здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходів з перевірки дотримання тими, хто надає медичні послуги, вимог, установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення, та моніторинг виконання договорів про реімбурсацію аптечними закладами; здійснення оплати згідно з тарифом за надані пацієнтам медичні послуги (включаючи медичні вироби) та лікарські засоби за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій; здійснення відшкодування вартості лікарських засобів за договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій; аналіз звітності тих, хто надає медичні послуги, щодо переліку та обсягу наданих медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій; аналіз звітності аптечних закладів про відпущені лікарські засоби, які підлягають реімбурсації, та їх вартість; публікація щорічного звіту про результати діяльності, який включає результати аналізу та середньостроковий прогноз потреб населення у медичному обслуговуванні та лікарських засобах за програмою медичних гарантій, результати аналізу виконання тими, хто надає медичні послуги, договорів про медичне обслуговування населення, аналіз виконання аптечними закладами договорів про реімбурсацію та оприлюднення інших відомостей, що можуть сприяти

підвищенню якості медичного обслуговування за програмою медичних гарантій, розпорядником або власником яких вона є, з дотриманням вимог законодавства про захист персональних даних та інформації з обмеженим доступом; розробка проектів державних цільових програм з питань, що належать до її компетенції, участь у забезпеченні виконання таких програм; здійснення управління знаннями у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; сприяння розвитку наукових досліджень у сфері реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, забезпечення впровадження наукових підходів; здійснення моніторингу та оцінювання виконання програми медичних гарантій; збір та обробка аналітичних даних на підставі інформації, яка міститься в електронній системі охорони здоров'я; здійснення інших повноважень, визначених законом [223].

Наступним суб'єктом публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є *Міжвідомча координаційна рада при Міністерстві охорони здоров'я*, яка створена з метою координації роботи закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади, ефективного використання і концентрації матеріально-технічних ресурсів, поліпшення якості надання медичного обслуговування населенню [225].

Її основними завданнями визначено такі: координація робіт, спрямованих на раціональне використання закладів медичного обслуговування населення, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади; вирішення питань функціональної взаємодії закладів медичного обслуговування населення, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади; узгодження дій центральних і місцевих органів виконавчої влади з питань реформування охорони здоров'я; внесення пропозицій до проектів актів законодавства з питань функціональної взаємодії закладів медичного обслуговування населення, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади; розгляд пропозицій

щодо підвищення ефективності діяльності центральних та місцевих органів виконавчої влади з питань оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів за територіальним принципом; аналіз результатів функціональної взаємодії закладів медичного обслуговування населення, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади; відпрацювання механізмів оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів за територіальним принципом тощо [226].

Необхідно також відзначити, що при Міністерстві охорони здоров'я України створюються різного роду консультативно-дорадчі органи, які теж відносяться до суб'єктів публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

Для погодженого вирішення питань, що належать до повноважень Міністерства охорони здоров'я України, створюється *Колегія Міністерства охорони здоров'я України* як постійний консультативно-дорадчий орган, що утворюється для погодженого вирішення питань діяльності Міністерства охорони здоров'я України, колективного й вільного обговорення найважливіших напрямів діяльності сфери медичного обслуговування населення [226].

Колегія Міністерства має такі повноваження: а) обговорення та ухвалення рішення щодо перспектив і найважливіших напрямів діяльності Міністерства охорони здоров'я України з питань медичного обслуговування населення; б) розгляд пропозицій щодо удосконалення законодавства з медичного обслуговування населення; забезпечення співпраці з центральними органами виконавчої влади, Радою міністрів Автономної Республіки Крим, місцевими держадміністраціями, органами місцевого самоврядування під час виконання покладених на них завдань щодо медичного обслуговування населення; розширення міжнародного співробітництва у сфері медичного обслуговування населення; формування та реалізація державної політики у сфері медичного обслуговування населення; в) обговорення прогнозів і програм соціально-економічного розвитку у сфері медичного обслуговування населення тощо [226].

*Клініко-експертна комісія Міністерства охорони здоров'я України* (далі – КЕК МОЗ) є консультативно-дорадчим органом, який діє на постійній (без виїзду на місце конкретного випадку) або тимчасовій основі (у разі виїзду на місце конкретного випадку), що утворюється для колегіального розгляду звернень фізичних та юридичних осіб, правоохоронних органів щодо клініко-експертних питань профілактики, діагностики, медичного лікування, реабілітації, оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування за конкретними випадками у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, а також фізичних осіб-підприємців, що провадять господарську діяльність у сфері охорони здоров'я в межах відповідної адміністративно-територіальної одиниці України [227].

Основним завданням Клініко-експертної комісії Міністерства охорони здоров'я України є проведення експертної оцінки запитованої нею документації, яка передбачає клініко-експертну оцінку якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування шляхом експертизи первинної облікової документації, клінічних питань профілактики, діагностики, медичного лікування та реабілітації, наявності відповідної кваліфікації спеціалістів за напрямом надання медичної допомоги та медичного обслуговування відповідно до вимог клінічних протоколів надання медичної допомоги, нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я [227].

*Медична рада закладу охорони здоров'я* є консультативно-дорадчим органом закладу охорони здоров'я, що діє постійно і наділений повноваженнями щодо внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування. Вона створюється з метою залучення працівників закладів охорони здоров'я до діяльності з проведення оцінки якості медичної допомоги та медичного обслуговування тощо [228].

*Як бачимо, Медична рада закладу охорони здоров'я України є суб'єктом публічного адміністрування, що здійснює внутрішній контроль над медичним обслуговуванням населення та наданням медичної допомоги в цілому. На наш погляд, з метою оптимізації центральних органів виконавчої влади у сфері*

*медичного обслуговування населення необхідно повноваження Міжвідомчої координаційної ради при Міністерстві охорони здоров'я та Медичної ради закладу охорони здоров'я об'єднати та створити як єдиний суб'єкт Міжвідомчу координаційну медичну раду, яка виконуватиме функції Медичної ради закладу охорони здоров'я. У зв'язку з цим пропонуємо розробити Положення про Міжвідомчу координаційну медичну раду як новостворений суб'єкт публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення (Додаток Б).*

*Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу є консультативно-дорадчим органом, утвореним при Кабінеті Міністрів України, який діє постійно і основними завданнями якого у сфері медичного обслуговування населення є підготовка пропозицій щодо визначення пріоритетів та забезпечення реалізації державної політики з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, консолідованого використання коштів, передбачених у державному та місцевих бюджетах, коштів міжнародних та громадських організацій, призначених для фінансування програм і заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, з метою їх раціонального та ефективного витрачання, що є складовою частиною медичного обслуговування населення; сприяння узгодженій діяльності міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, міжнародних та громадських організацій, у тому числі тих, що об'єднують людей, які живуть з туберкульозом та ВІЛ-інфекцією/СНІДом, представників бізнесових кіл, об'єднань профспілок і роботодавців та релігійних організацій з метою реалізації на державному рівні проектів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, зокрема, проекту Світового банку «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні» як складового елемента медичного обслуговування населення; проведення моніторингу виконання програм та здійснення заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу та участь у розробленні проектів нормативно-правових актів, програм та заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу як складника медичного обслуговування населення, а також інформування*

Кабінету Міністрів України та громадськості про результати здійснення заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу що визначено складовою частиною медичного обслуговування населення [229].

Вважаємо за доцільне відзначити, що до 2017 року існував такий суб'єкт публічного адміністрування, який забезпечував санітарно-епідеміологічне благополуччя населення в усіх сферах господарювання, в тому числі й у сфері медичного обслуговування населення, як *Державна санітарно-епідеміологічна служба України*. Під час ліквідації її повноваження було передано та розпорешено серед таких суб'єктів, як Міністерство охорони здоров'я України, Державна служба України з питань праці, Державна служби з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів тощо. До значного переліку їхніх власних повноважень було додано такі повноваження щодо забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, як завдання і функції з реалізації державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення та здійснення контролю (нагляду) за дотриманням вимог санітарного законодавства (крім функцій з реалізації державної політики у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження) та у сфері гігієни праці та функцій із здійснення дозиметричного контролю робочих місць і доз опромінення працівників) [47] тощо. У нас відразу ж виникло запитання: «А чи достатньо таких повноважень, щоб досягти якісної епідеміологічної ситуації в країні?». На наш погляд, а також, як показує епідеміологічна ситуація у країні з пандемією КОВІД-19, вони не в змозі забезпечити якість та ефективність усіх протиепідеміологічних заходів, оскільки вони переобтяжені власними повноваженнями.

Доцільно зазначити, що всі повноваження щодо санітарно-епідеміологічного нагляду, які мають Міністерство охорони здоров'я України, Державна служба України з питань праці, Державна служба з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів, згруповано хаотично та необґрунтовано. Наприклад, коли читаємо про «здійснення відповідно до закону державного ветеринарно-санітарного контролю, державного нагляду (контролю) за дотриманням санітарного законодавства, здоров'ям та

благополуччям тварин, безпечністю та окремими показниками якості харчових продуктів, неїстівних продуктів тваринного походження, репродуктивним матеріалом, племінною справою у тваринництві, біологічними продуктами, патологічним матеріалом, ветеринарними препаратами, субстанціями, кормовими добавками, преміксами, кормами та іншими об'єктами санітарних заходів, застосуванням санітарних та ветеринарно-санітарних заходів, профілактичних і протиепідемічних заходів щодо охорони в межах компетенції території України від проникнення хвороб людей, тварин та рослин з території інших держав або карантинних зон, вимог законодавства у сфері насінництва та розсадництва, дотриманням законодавства про захист прав споживачів....», бачимо невиправдане змішування всіх об'єктів (тварини та їх харчування, люди та рослини) в одне повноваження [7, с. 210].

*Саме тому ми вважаємо, що назріла нагальна потреба у створенні окремого суб'єкта публічного адміністрування, який би чітко здійснював повноваження щодо забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення в країні на всіх рівнях адміністрування. Саме таким суб'єктом має стати Державна санітарно-епідеміологічна інспекція, основними завданнями якої, окрім повноважень щодо реалізації державної політики у сфері забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення в країні, повинні бути контрольні-наглядові функції щодо цієї реалізації.*

## **Висновки до розділу 2**

Після дослідження механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення нами зроблено певні висновки.

Обґрунтовано, що «публічне адміністрування» є законодавчо врегульованою діяльністю публічної адміністрації, метою якої є задоволення публічного інтересу.

Доведено, що механізм публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є родо-видовою категорією по відношенню до

механізму публічного адміністрування, тобто остання є родовою категорією, а у сфері медичного обслуговування - це його видова категорія.

Сформульовано, що механізм публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення – це система взаємозалежних, взаємообумовлених і взаємозв'язаних структурних елементів, за допомогою яких суб'єкти, наділені державно-владними повноваженнями (органи публічної адміністрації), забезпечують надання медичного обслуговування населення з метою задоволення публічного інтересу.

Визначено нормативно-правову систему сфери медичного обслуговування населення як комплекс правових настанов, які регулюються за допомогою юридичних норм, реалізуючи тим самим права громадян на якісне медичне обслуговування населення, метою якого є забезпечення життєдіяльності населення та збереження його здоров'я.

Виокремлено класифікаційні групи нормативно-правового забезпечення медичного обслуговування населення залежно від предмета правового регулювання у сфері медичного обслуговування населення, а саме:

- 1) акти, які спрямовані на надання медичних послуг та медичної допомоги;
- 2) акти, які формують взаємовідносини закладів охорони здоров'я із пацієнтами;
- 3) акти, які врегульовують характерологічні суспільні відносини у сфері медичного обслуговування населення;
- 4) акти, які встановлюють юридичну відповідальність за порушення норм у сфері медичного обслуговування населення.

Визначено, що «послуга з медичного обслуговування населення» - це послуга, яка надається пацієнту суб'єктом публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я (юридичною та фізичною особою), який має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та господарської діяльності, і вони не обмежуються лише медичною допомогою, а здійснюють надання інших соціальних та адміністративних послуг задля забезпечення медичного обслуговування населення. Разом з тим під медичною

послугою розуміється послуга, яка надається пацієнту суб'єктом публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я (юридичною та фізичною особою), який має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності лише з медичної практики.

Сформульовано основні відмінності між правовими категоріями «послуга з медичного обслуговування населення» та «медична послуга», які полягають у тому, що медична послуга надається пацієнту суб'єктом публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я (юридичною та фізичною особою), який має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності лише з медичної практики, а «послуга з медичного обслуговування населення» - надається суб'єктом публічної адміністрації як з медичної практики, так і через надання інших соціальних та адміністративних послуг задля забезпечення медичного обслуговування населення, не включаючи медичну допомогу (авт. ред.).

Доведено, що публічна адміністрація - це сукупність незалежних публічних правових суб'єктів, які наділені державно-владними повноваженнями, що реалізуються з метою задоволення інтересів громадян. Відповідно «публічна адміністрація у сфері медичного обслуговування населення» - це сукупність незалежних публічних правових суб'єктів сфери медичного обслуговування населення, які наділені державно-владними повноваженнями, що реалізуються з метою надання медичних та інших публічних послуг задля забезпечення життєдіяльності та збереження здоров'я людини. Сформульовано такі основні ознаки поняття « публічна адміністрація у сфері медичного обслуговування населення», як, по-перше, наявність незалежних публічних правових суб'єктів; по-друге, діяльність відбувається у сфері медичного обслуговування населення; по-третє, суб'єкти наділені державно-владними повноваженнями; по-четверте, реалізація повноважень відбувається з метою надання медичних та інших публічних послуг; по-п'яте, відбувається забезпечення життєдіяльності та збереження здоров'я людини; по-шосте, реалізація норм законів та підзаконних актів відбувається лише у сфері медичного обслуговування населення.

Класифіковано суб'єктів публічної адміністрації у сфері медичного обслуговування населення відповідно до їхніх повноважень на суб'єкти із загальнопублічними повноваженнями, суб'єкти із консультативно-дорадчими повноваженнями, суб'єкти із спеціалізованими публічними повноваженнями.

Обґрунтована доцільність створення суб'єкта публічної адміністрації у сфері медичного обслуговування населення у вигляді Державної санітарно-епідеміологічної інспекції, основними повноваженнями якої буде формування державної політики у сфері забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення в країні та здійснення контрольних-наглядових функцій щодо їх реалізації.

Запропоновано внесення деяких змін та доповнень до чинного законодавства України щодо публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, а саме:

доповнити ст. 2 пунктом 4-1 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» такою власною авторською дефініцією «послуга з медичного обслуговування населення - це послуга, яка надається пацієнту суб'єктом публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я (юридичною та фізичною особою), який має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також іншої господарської діяльності, що не обмежується лише медичною допомогою, тобто доповнюється іншими соціальними та адміністративними послугами, при цьому не включаючи медичну допомогу;

доповнити п. 16 ст. 3 Основ законодавства про охорону здоров'я таким визначенням: «медична послуга – це послуга, яка надається пацієнту суб'єктом публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я (юридичною та фізичною особою), який має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності з лише з медичної практики»;

до ст. 20 Закону України «Про Кабінет Міністрів України» доповнити таким положенням: «забезпечення реалізації державної політики та державних програм у сфері медичного обслуговування населення»;

п. 1 Положення про Міністерство охорони здоров'я необхідно доповнити п.п. 7 таким формулюванням: у «реалізовувати державну політику щодо розвитку страхового медичного обслуговування населення».

Запропоновано структуру Указу Президента України «Про затвердження Положення про Міжвідомчу координаційну медичну раду».

## РОЗДІЛ 3.

### ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

#### **3.1. Міжнародний досвід щодо публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення**

Основоположною передумовою вступу до Європейської спільноти у сфері медичного обслуговування населення є інтеграція міжнародного законодавства та адаптація норм чинного національного законодавства до законодавства Європейського Союзу.

Відповідно до Концепції Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до європейського ця адаптація здійснюється шляхом розвитку законодавства України в напрямі його наближення до законодавства Європейського Союзу та забезпечення високого рівня підготовки в Україні проектів законів та інших нормативно-правових актів. Створення правової бази для інтеграції України до Європейського Союзу передбачає наближення на законодавчому рівні загальнодержавного механізму адаптації правової системи України до європейської правової системи, де визначаються цілі та сфери, етапи адаптації законодавства, складниками якого повинно бути фінансове, інформаційне, наукове та кадрове забезпечення; забезпечення системності та злагодженості в роботі органів державної влади під час здійснення заходів з адаптації законодавства тощо [230].

Доцільно акцентувати увагу на тому, що основним із напрямів адаптації чинного законодавства у сфері медичного обслуговування населення є його удосконалення в частині врегулювання суспільних відносин, які полягають у забезпеченні якісного та ефективного медичного обслуговування населення в Україні.

Медичне обслуговування населення є відкритою системою публічного адміністрування, яка зазнає впливу різноманітних факторів зовнішнього середовища. З одного боку, в умовах глобалізації та інтеграції в економічній

сфері медичного обслуговування населення відбувається утворення міжнародних економічних союзів країн, що мають враховувати органи державної влади. З іншого – ефективність використання методів публічного адміністрування економіки України та її галузей залежить від стану розвитку сфери охорони здоров'я та медичного обслуговування населення, зокрема, традиційних підходів і нових тенденцій в адмініструванні діяльністю щодо медичного обслуговування населення [231, с. 54].

Під час реалізації публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення обов'язково має враховуватися передовий досвід європейських країн щодо публічного адміністрування в цілому. Водночас під час публічного адміністрування у названій сфері обов'язково має враховуватися рівень соціально-економічного розвитку держави, вітчизняні традиції та відповідний досвід, який використовувався під час адміністрування у досліджуваній сфері.

Впровадження саме міжнародного передового досвіду під час публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення повинно відігравати провідну роль у цій діяльності.

Доцільно відзначити, що передовий зарубіжний досвід свідчить про те, що сфера медичного обслуговування населення буде ефективною лише тоді, коли будуть використовуватися всі наявні ресурси у суспільно відповідальному спрямуванні. Саме у такій ситуації буде забезпечуватися якісне, своєчасне та ефективне медичне обслуговування населення на засадах співдружності, справедливості та активної участі громадськості; населення буде убезпечуватися від глобальних наслідків різноманітних захворювань; забезпечуватиметься прозора відповідальність за неналежне виконання професійних обов'язків, а також буде активніше надаватися відповідь на нагальні запити та потреби населення.

Міжнародний досвід щодо публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення показує, що системи медичного обслуговування населення можна розподіляти відповідно до різних чинників впливу на них.

Так, відповідно до домінантного методу фінансування систем медичного обслуговування населення виділяють такі:

1) *системи медичного обслуговування населення, фінансування яких засноване переважно на загальному оподаткуванні.* Подібна система є характерною для скандинавських країн, Ірландії, Великої Британії та країн Південної Європи (Греція, Іспанія, Італія, Португалія). У цих країнах загалом визнається роль державного сектора як основного джерела фінансування, що дає змогу забезпечувати загальний доступ населення до служб медичного обслуговування населення і справедливий географічний розподіл ресурсів. Сторону покупців представляють органи охорони громадського здоров'я;

2) *системи медичного обслуговування населення, основним джерелом фінансування яких є соціальне страхування.* У такого роду системах (наприклад, в Австрії, Бельгії, Німеччині, Люксембургу, Франції, Швейцарії) держава здійснює регулювання і суворий контроль за системами медичного обслуговування населення для заборони витрат (наприклад, через установлення максимальних рівнів страхових внесків) і забезпечення більшого ступеня рівності й солідарності. Роль покупця медичних послуг під час медичного обслуговування населення виконують страхові компанії;

3) *системи охорони здоров'я, засновані на соціальному страхуванні, основним джерелом фінансування яких є податок, що стягується із заробітної плати* (більшість країн Центральної та Східної Європи) [232].

Як ми помічаємо із запропонованої класифікації сфер медичного обслуговування населення, рівень адміністративно-правового регулювання та доступу населення до медичних послуг, їхня якість та ефективність, достатність та своєчасність безпосередньо залежать від відповідної моделі фінансування.

Ми вважаємо, що зазначена класифікація систем надання медичного обслуговування населення є не досить вдалою, оскільки вона не характеризує у повному обсязі всю систему Міжнародного медичного обслуговування населення. Саме тому назріла необхідність у створенні власної класифікаційної міжнародної системи медичного обслуговування населення. **На наш погляд, доцільно виокремити такі системи медичного обслуговування населення:**

- 1) бюджетна система медичного обслуговування населення;
- 2) приватна система медичного обслуговування населення;
- 3) страхова система медичного обслуговування населення;
- 4) змішана система медичного обслуговування населення.

Розглянемо запропоновані системи медичного обслуговування населення.

Так, **бюджетна система медичного обслуговування населення** є характерною для таких європейських країн, як Великобританія, Швеція, Фінляндія, Іспанія, Канада, Австралія, Греція, Грузія тощо.

Розглянемо Великобританію, яка є основним зразком бюджетної системи медичного обслуговування населення і найбільш якісною моделлю охорони здоров'я у світі. Медичне обслуговування населення у Великобританії здійснює Національна система охорони здоров'я. На цю систему виділяється 85 % бюджетних видатків, що становить 9,3% внутрішнього валового продукту. Інша частина витрат на сферу медичного обслуговування населення покривається із розрахунків за отримані медичні послуги та страхування здоров'я населення в цілому.

Разом з тим доцільно відзначити й те, що у Великобританії все частіше відбувається зміцнення безпосередньої оплати послуг зі страхування здоров'я, яка усе більше розповсюджується по всій державі, в результаті чого відбувається дуалізм фінансування сфери медичного обслуговування населення, що включає в себе бюджетне фінансування та страховальні внески населення.

До 2013 року модель фінансування охорони здоров'я у Великобританії передбачала розподіл функцій замовника й постачальника медичних послуг. Відповідальність за реалізацію державної політики у сфері медичного обслуговування населення було покладено на стратегічні управління охорони здоров'я. Безпосереднє замовлення послуг та розподіл бюджетних коштів на локальному рівні перебували в юрисдикції низових підрозділів Національної системи охорони здоров'я (NHS), які отримали назву «трасти». Провідною ідеєю британської моделі фінансування охорони здоров'я та медичного обслуговування населення, зокрема, є забезпечення доступності медичних

послуг і відповідальність держави за їхнє надання. Альтернативою державній системі охорони здоров'я є сфера недержавного медичного обслуговування. Однак в сучасних умовах для британської системи охорони здоров'я характерними є дві основні тенденції [233, с. 196]. Ми вважаємо за доцільне здійснити їхню характеристику, а також перейняти їхній позитивний досвід щодо публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

По-перше, це наростання фінансових проблем, зумовлених відставанням динаміки бюджетних видатків на сферу медичного обслуговування від темпів підвищення вартості медичних послуг. Незважаючи на те, що бюджет Національної системи охорони здоров'я (NHS) у 2000-2005 роках зріс на 43 млрд. ф. ст., його дефіцит у 2006 році за різними оцінками становив від 0,7 до 1,0 млрд. ф. ст. На думку експертів, лише для підтримання наявного рівня медичного обслуговування бюджет Національної системи охорони здоров'я (NHS) до 2025 року необхідно збільшити втричі [234], а без впровадження змін дефіцит коштів системи до 2021/2022 фінансового року може сягнути від 45 до 55 млрд. ф. ст. [235]. Дефіцит фінансових ресурсів обмежує можливості щодо впровадження новітніх лікувальних технологій, оновлення обладнання у сфері медичного обслуговування. Низький рівень оплати праці провокує відтік кваліфікованого персоналу, внаслідок чого Національна система охорони здоров'я (NHS) постійно змушена залучати фахівців з-за кордону. Додатковим чинником дестабілізації фінансового стану державної системи медичного обслуговування є зростання у британському суспільстві популярності недержавного медичного страхування, що супроводжується втратою Національної системи охорони здоров'я (NHS) платоспроможних пацієнтів [236, с. 170]. На наш погляд, звичайно, необхідно формувати у своїй країні якісне медичне обслуговування та готувати кваліфіковані кадри, але за потреби з метою поповнення медичних фахівців доцільно залучати й іноземних медичних працівників.

По-друге, із ситуації, яка складається у Великобританії, стає помітним, що відбувається зниження якості медичного обслуговування, все частіше має

місце вибірковість пацієнтів під час проведення медичних обстежень та оперативних втручань, збільшуються черги на планову госпіталізацію та проведення інших медичних послуг. Необхідно звернути увагу й на те, що більше 60% населення, яке обслуговувала Національна система охорони здоров'я (NHS), очікують на надання необхідного медичного обслуговування понад 15-20 тижнів, а 50% хворих на онкологічні захворювання взагалі не в змозі потрапити на прийом до лікаря.

Зазначена ситуація у Великобританії виникає у зв'язку із різким підвищенням вартості лікарських засобів, вартості медичних послуг, в результаті чого Національна система охорони здоров'я (NHS) стає неплатоспроможною, щоб повно та якісно охопити медичним обслуговуванням усе населення країни.

Вказані недоліки не лише загрожують банкрутством Національної системи охорони здоров'я (NHS), а й ведуть до зниження впевненості суспільства у здатності забезпечити доступність та якість медичного обслуговування для всіх громадян. Майже 90% британців вказують на необхідність реформування моделі охорони здоров'я, а 2/3 жителів визнають за необхідне посилити особисту відповідальність людини за покриття витрат на медичну допомогу задля підвищення якості медичних послуг [233, с. 197].

З метою виходу з такої критичної ситуації у 2010 році уряд Великобританії анонсував проведення реформи у сфері медичного обслуговування, яка мала забезпечити децентралізацію Національної системи охорони здоров'я (NHS). Але зазначена реформа зачепила лише невелику частину діяльності Національної системи охорони здоров'я (NHS) в Англії. Інші суб'єкти Національної системи охорони здоров'я (NHS), зокрема ті, які перебувають в Уельсі та Шотландії, підпорядковуються місцевим органам виконавчої влади. Зазначена реформа мала на меті передати контроль-но-наглядові повноваження над усіма державними структурами медичного обслуговування в країні та їх фінансування безпосередньо лікарям, в результаті чого відбуватиметься зниження адміністративних витрат на сферу медичного обслуговування та зосередження фінансування чітко на лікувальному процесі.

У цілому реформаторською програмою було передбачено зменшення посад у системі медичного обслуговування населення з 25 тис. до 15 тис., в результаті чого було звільнено понад 11 тис. медичних працівників. Саме за допомогою таких заходів збиралися зменшувати бюджетне фінансування сфери медичного обслуговування щороку до 18-21 млрд. ф. ст.

Крім стримування росту бюджетного фінансування сфери медичного обслуговування, реформа Національної системи охорони здоров'я (NHS) була спрямована на впровадження ринкових механізмів у її діяльність, а також розширення ролі приватного сектора в наданні медичних послуг. З цією метою в ході доопрацювання програми реформи було знято обмеження щодо можливості участі приватних лікувальних закладів у тендерах, організованих лікарями загальної практики; передбачено можливість доплати пацієнтами за отримання більш якісної медичної допомоги; впроваджено пільги з оподаткування для осіб, які звертаються за отриманням медичних послуг до закладів недержавної форми власності; усім трастам вторинної ланки Національної системи охорони здоров'я (NHS) була надана управлінська та фінансова автономія [237].

Вагому увагу реформа сфери медичного обслуговування приділила формуванню ефективного механізму врегулювання якісного догляду за особами віком за 60 років. Зазначене питання є досить актуальним під час збільшення кількості непрацездатного населення в країні в цілому.

Відповідно до норм «The Health and Social Care Act 2012» передбачено запровадження механізму персонального бюджету здоров'я («personal health budget») для осіб, які потребують тривалого лікування. При цьому пацієнтам надана можливість самостійно вести бюджет свого лікування (budget-holding), визначаючи обсяги й структуру медичних послуг у процесі отримання медичного обслуговування. Втім така ініціатива викликає дискусії серед фахівців, оскільки значна частина людей, які потребують довготривалого догляду, не володіє належними знаннями та досвідом, щоб самостійно управляти коштами для забезпечення ефективності лікувального процесу [238].

Незважаючи на можливі позитивні наслідки від реалізації реформи Національної системи охорони здоров'я (NHS), вона була негативно сприйнята частиною британського суспільства та політикуму. На думку її противників, реформа зруйнує достатньо ефективну систему охорони здоров'я країни, яка, за експертними оцінками, функціонує значно краще, ніж сфера медичного обслуговування у США, Канаді, Німеччині. Лібералізація процесу замовлення медичних послуг лікарями загальної практики і допуск до участі у тендерах приватних медичних закладів призведе до швидкого згорання мережі державних лікарень, які не володіють достатніми коштами і не зможуть витримати конкуренції [239]. З огляду на це, деякі фахівці називають проведення реформи першим кроком до приватизації Національної системи охорони здоров'я (NHS) та відмови від державної моделі фінансування сфери медичного обслуговування [240; 233, с. 199].

*Ми підтримуємо позицію тих, хто вважає впровадження зазначеного роду реформи неефективним, і обстоюємо позицію щодо збереження бюджетної моделі фінансування системи медичного обслуговування населення за рахунок державного бюджету країни та за рахунок працездатного населення, у якого вираховуватиметься податок з доходів громадян на охорону здоров'я.*

Наступною країною, яка буде систему охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів, є Грузія. За своїм соціально-економічним розвитком вона є досить схожою з Україною. У країні також переважає бідне населення, що не спроможне сплачувати за страховку, яка мала б покривати витрати на їх медичне обслуговування. Саме бідність є визначальною проблемою розвитку сфери медичного обслуговування Грузії. Так, як відзначають грузинські засоби масової інформації, більше 23,5% населення перебувають за межею бідності.

Економічні реформи в Грузії, які проходили в декілька етапів, торкалися також і сфери медичного обслуговування населення, в результаті чого було реформовано модель М. Семашка, і уже з 2004 року досліджувана сфера запрацювала за допомогою соціального страхування із назвою «Social Health Insurance». Але результатом такого реформування сфери медичного

обслуговування населення стало значне недофінансування бюджету, внаслідок чого доступність до якісних медичних послуг стала досить обмеженою.

Уже в період з 2004 до 2008 року система сфери медичного обслуговування населення почала переходити на ринкові умови. Більшість медичних закладів переходили у приватні руки, а вся система в результаті цього почала виходити з-під контролю держави. Починаючи з 2008 року, більшість бюджетних асигнувань на медичне обслуговування почали отримувати приватні страхові компанії, які створювалися для забезпечення медичним обслуговуванням тих прошарків населення, що знаходились поза межею бідності. Уже в 2010 році уряд Грузії зобов'язав страхові компанії розширити коло тих пацієнтів, які не могли забезпечити себе та свою родину медичним обслуговуванням. До такої категорії осіб було віднесено осіб, які перебувають за межею бідності; дітей до п'яти років; пенсіонерів, викладачів; студентів та інвалідів. При цьому страхові компанії мали виграти відповідний тендер, в результаті якого вони ставали монополістами на право обслуговування зазначених категорій осіб у 28 госпітальних округах, а страхувальники, у свою чергу, мали робити інвестиції у розвиток усіх різновидів медичних закладів (лікувально-профілактичних та спеціалізованих). У зв'язку з цим в Грузії формуються великі медичні холдинги, що включають в себе страхові компанії та всю інфраструктуру, яка забезпечує надання медичного обслуговування населенню.

На повне бюджетне фінансування сфера медичного обслуговування населення Грузії перейшла у 2013 році. Сьогодні там працює державна програма «Universal Health Care Program», яка фінансує сферу медичного обслуговування населення за допомогою загальних доходів державного бюджету країни, в результаті чого було вирішено проблему загального доступу усіх прошарків населення до якісного та ефективного медичного обслуговування населення.

Пакет послуг, які оплачує держава, включає низку первинних та вторинних послуг — зокрема, діагностичні послуги (з 20-30% співоплатою від пацієнта), планову хірургію, онкологічні послуги, акушерську допомогу, деякі

основні ліки та екстрену допомогу. Уряд все ще фокусується на більш вразливих верствах населення: для бідних домогосподарств, пенсіонерів та дітей віком від 0 до 5 років діє програма, яка покриває майже все [241].

Так точно, як і в Україні, на первинній ланці державне медичне фінансування в Грузії працює за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». За лікування пацієнта, застрахованого у державній системі, платить Агентство соціальних послуг (Social Services Agency). Пацієнт сам обирає, до якої лікарні звернутись [241].

Усі ці зміни та реформи, однак, не вирішили однієї з найважливіших проблем системи охорони здоров'я Грузії: населення країни досі платить величезну частку від усіх витрат на медицину з власної кишені: 55,6%, і ще 5,6% припадає на купівлю страховок. Переважно гроші з кишень пацієнтів ідуть на ліки, адже грузинський уряд відшкодовує вартість лише 4 препаратів за основними типами захворювань і тільки для найбідніших верств населення (йдеться про ліки проти серцево-судинних захворювань, діабету, хвороб щитовидної залози та хронічного обструктивного захворювання легенів) [241].

Розглянемо наступний різновид медичного обслуговування населення, яким є **приватна система медичного обслуговування населення**, що є характерною для таких країн, як США.

У США відсутнє універсальне національне медичне обслуговування, а натомість американці купують медичне страхування, щоб покрити значну частину своїх витрат на охорону здоров'я. Медичне страхування захищає від заборгованості за отримання медичних послуг, оплачує регулярні огляди, лабораторні аналізи, вакцини та ліки, що відпускаються за рецептом. Щоб отримати медичне страхування, потрібно вибрати план медичного страхування, зареєструватися та здійснювати регулярні платежі до медичної страхової компанії. Особи, які проживають у США і мають медичне страхування, наділені спектром послуг при реалізації права на охорону здоров'я. Перш за все це швидкий доступ до спеціалізованих лікарів, отримання необхідної допомоги з використанням найновітніших технологій, інновацій, передових сучасних

технологій та методів лікування. Американські лікарні лідирують у світі в галузі досліджень та розробок, саме в США розроблено багато ліків та технологій, які використовує весь світ [242; 243]. Поряд з цим у США існує велика кількість незастрахованих осіб. Незастраховані особи стикаються з надзвичайно дорогим медичним обслуговуванням. Лікарні розглядають лише екстрені випадки без попередньої оплати і можуть відмовитися від лікування без підтвердження страхування або застави. Саме це призводить до того, що незастраховані люди набагато частіше, ніж ті, хто має страховку, відкладають медичну допомогу або взагалі відмовляються від неї, що призводить до серйозних наслідків. Наприклад, медична допомога щодо лікування перелому ноги може коштувати до 7500 доларів, а середня вартість триденного перебування в лікарні становить близько 30000 доларів [244]. Більшість громадян США мають медичне страхування, яке, як правило, надається роботодавцем фізичної особи та поширюється на його найближчих членів родини. Деякі страхові плани надаються федеральними чи штатними урядами, профспілками або приватними особами. Після виходу на пенсію громадяни можуть отримати допомогу через державну страхову програму «Medicare» [245], сім'ї та особи з низьким рівнем доходу можуть отримати медичне обслуговування через державну страхову програму «Medicaid» [246].

Зауважимо, що безпосередньо програма «Medicare» покриває деякі витрати на лікування і ліки для тих, кому більше 65 років або хто має інвалідність. Зокрема, покриваються витрати на перебування і лікування у лікарні, перебування у хоспісах тощо. Відповідно програма «Medicaid» покриває витрати на лікування для малозабезпечених, інвалідів та деяких інших груп людей. Програма передбачає оплату переліку обов'язкових та деяких додаткових медичних послуг, наприклад, перебування і лікування у лікарні, аналізи, рентген, стоматологія тощо [241].

І все ж таки зазначені програми неповною мірою покривають усе медичне обслуговування населення, в результаті чого пацієнтам необхідно доплачувати за медичні послуги, які не входять до переліку послуг із програми. Лише виняткові випадки передбачають покриття усіх витрат, передбачених

програмами. До виняткових випадків можна віднести надання медичного обслуговування дітям, особам, які перебувають у хоспісах, а також жінкам, які лікуються за програмою медичного обслуговування під час лікування онкології шийки матки та молочних залоз.

Необхідно звернути увагу й на те, що у США також функціонують різного роду страхові програми, які здійснюють медичне обслуговування визначених категорій осіб, до яких можна віднести дітей, молоде покоління із специфічними медичними потребами, військовослужбовців, ветеранів служби та службовців публічної служби тощо.

Однією з нагальних проблем медичного обслуговування населення у США є те, що американська система надання медичних послуг населенню характеризується недоступністю цих послуг для пересічних громадян, які можуть скористатися лише бюджетними медичними закладами, де здійснюється незначна оплата за наданий пакет медичних послуг під час медичного обслуговування населення. До цієї категорії населення відносяться ті особи, які не мають приватної медичної страховки у зв'язку із безробіттям, низькою зарплатнею чи її відсутністю взагалі або відсутністю страхування з боку роботодавця.

У зв'язку із необхідністю вирішення таких проблем, які все більше стали поширюватися у США, було впроваджено реформу медичного обслуговування населення та захисту пацієнтів США, що передбачала забезпечення медичними послугами більшої кількості населення через зменшення чисельності осіб, які не в змозі придбати собі медичне страхування. За цією реформою планувалося зробити медичне обслуговування та медичне страхування доступним для всіх прошарків населення, виключаючи дискримінаційні позиції.

У 2014 році було прийнято законопроект «Affordable Care Act» («Obamacare»), відповідно до якого всі роботодавці та безпосередньо страховики не мають права відмовити працівникам у медичному страхуванні або штучно завищувати страхові внески за умови завчасно зазначених вимог у трудовому договорі, де мало б бути прописано пункт, згідно з яким у

найманого працівника уже було відповідне захворювання (наприклад, серцево-судинна патологія, онкологія, ВІЧ/інфекція тощо)

Необхідно відзначити, що зазначений законопроект заборонив установлювати річні або пожиттєві обмеження на покриття страховкою, надав дозвіл дітям залишатись на батьківських полісах страхування до 26 років; обмежив варіацію цін на страховки (раніше на їхній розмір могли впливати попередні скарги на здоров'я, наявність насилля у сім'ї, спадковість тощо). Також були введені обмеження на додаткову оплату пацієнтом медичних послуг у разі, якщо він також має страховку (не всі страховки покривають повністю медичні послуги). Разом з тим нормативно-правовий акт зобов'язав страхові компанії витратити 80-85% страхових внесків від пацієнтів на медичні послуги, тим самим фактично обмеживши їхні можливості для отримання надприбутків [241].

Законопроект передбачає, що лікарні об'єднуюватимуться у відповідні мережі, а страхові компанії у свою чергу вимагають від пацієнтів, щоб ті обслуговувалися лише у визначених мережах цих медичних закладів.

Врешті-решт, якщо житель США не може оформити приватну страховку і не підлягає державному страхуванню, він вимушений оплачувати лікування з власної кишені (11,1% витрат на медицину). Для цього є дві опції:

- роботодавець «відкладає» частину зарплати працівника, і ці гроші можна витратити тільки на лікування. «Відкладає» у лапках, тому що ці гроші не зберігаються на окремому рахунку, і працівник просто може звернутися за відшкодуванням до роботодавця, якщо це передбачено його контрактом. Ця сума не оподатковується і на неї не нараховуються банківські відсотки, але наприкінці року вона «згорає» (називаються такі програми «Flexible spending accounts»);

- роботодавець так само відкладає частину зарплати працівника на окремий банківський рахунок. Але на суму нараховуються відсотки, і її можна витратити пізніше, ніж за рік. Як правило, такі рахунки діють для тих, у кого власна медична страховка не покриває всю вартість лікування, і пацієнту доводиться доплачувати. Переважно це люди з тяжкими хронічними

захворюваннями, які не покриваються страховками. Називаються такі програми «Health savings accounts» [241].

Не зовсім вигідною у США є оплата медичного обслуговування з власних доходів, тому що вартість медичних послуг є досить високою - і не всі верстви населення можуть їх оплатити.

Саме зазначений законопроект щодо реформування сфери забезпечення медичного обслуговування населення робить медицину в цілому значно доступнішою, оскільки на сьогодні на неї припадає 18,5 % від загальних видатків у державі.

Треба зазначити, що в США на медичне обслуговування населення витрачають досить значну частину валового внутрішнього продукту, який сягає витрат, набагато вищих у перерахунку на душу населення, ніж у європейських країнах.

Так, у 2019 році цей показник перевищив значення в 16% від усього валового внутрішнього продукту країни, що на 8,14% більше, ніж середній показник по інших розвинутих країнах [247, с. 11].

Хоча витрати держави на медицину в США найвищі порівняно з іншими країнами, які ми розглядаємо, (39,5% від усього бюджету країни), 67,2% (у 2019 році) жителів у Сполучених Штатах Америки мають приватні медичні страховки. Для решти населення держава фінансує базове лікування – як правило, для біднішого населення чи більш вразливих груп. Загалом система медичного фінансування в Америці є однією з найбільш складних та заплутаних [241].

Резюмуємо, що саме з 2014 року в США страхування більшості населення є загальнообов'язковою умовою. Той, хто не матиме страхового полісу, буде зобов'язаний сплачувати штраф. Навіть роботодавці, які не застрахували найманих працівників, також сплачуватимуть штраф за це. Після проведених реформаторських заходів 2014 року усі застарілі страхові поліси громадяни матимуть можливість обміняти на оновлені, які стали набагато економнішими та якіснішими.

Наступною у нашій класифікації буде *страхова система медичного обслуговування*, яка є характерною для медичного обслуговування в Японії.

Так, Японія є однією з країн світу, де живе найбільш здорове населення, а їхня система охорони здоров'я визнана однією з найкращих. З 60-х років в Японії діє універсальна система державного медичного страхування, якою охоплені усі громадяни Японії і яка забезпечила ефективне та якісне медичне обслуговування усіх без винятку верств населення [243, с. 48; 248; 249, с. 16]. Однією з особливостей японської системи охорони здоров'я є безкоштовний доступ до медичних послуг. Крім того, ця система гарантує необмежений доступ до цих послуг, пацієнти можуть отримувати медичну допомогу в будь-якому медичному закладі по всій країні і самі вибирають частоту лікування незалежно від своєї страховки, статусу або серйозності захворювання. Лише в окремих випадках пацієнти зобов'язані платити деякі додаткові кошти у закладах третинної допомоги, якщо вони не мають направлення від первинної чи вторинної медичної установи. В Японії цю систему називають «системою вільного доступу», згідно з якою пацієнти можуть отримувати необхідні медичні послуги, коли хворіють або отримали травми за фіксованою ставкою внеску, лише за умови підтвердження страхування [243, с. 48; 249; 250, с. 58].

Треба звернути увагу на те, що усе медичне страхування в Японії включає в себе значну кількість медичних послуг, а саме - понад 500 різновидів медичних та стоматологічних послуг, а також забезпечення лікарськими препаратами.

Зарахування на державне медичне страхування є обов'язковим незалежно від громадянства для всіх тих, хто проживає понад три місяці в Японії. Законодавство Японії не дає можливості на власний розсуд вибирати схему державного медичного страхування. Натомість схеми державного медичного страхування визначаються відповідно до статусу зайнятості, віку та місця проживання: медичне страхування на базі роботодавців, національне медичне страхування на базі місця проживання та медичне страхування людей віком від 75 років. Відповідно до системи охорони здоров'я Японії пацієнт бере на себе відповідальність за 30 % медичних витрат, а уряд сплачує решту 70 %, медичне

страхування для людей віком від 75 років підтримується в основному за рахунок державного фінансування, а також за рахунок внесків від медичного страхування на базі роботодавців та національного медичного страхування [251].

*Змішана система медичного обслуговування населення є характерною для Австралії, Франції, Нідерландів тощо.*

Австралія є прикладом надійної та добре керованої системи. Вона характеризується симбіозом державних і приватних постачальників медичних послуг. Австралійці можуть отримати комплекс послуг як для підтримання та профілактики здоров'я, так і для лікування більш складних станів, для яких може знадобитися спеціаліст або лікарняна допомога. Система складається з двох основних частин: державної системи охорони здоров'я та приватної системи охорони здоров'я. В Австралії існує універсальне покриття через програму страхування «Medicare», що фінансується платниками податків, які сплачують відсоток від свого доходу для покриття витрат, вона охоплює більшість медичних послуг, включаючи послуги лікаря та лікарень, а також ліки, що відпускаються за рецептом. Існування цієї програми забезпечило особам отримання високоякісної та доступної медичної допомоги, що передбачає безкоштовне лікування в державних лікарнях, а також забезпечує безкоштовні або субсидовані виплати приватним медичним працівникам за конкретні послуги по всій країні. В Австралії існує також добровільне приватне медичне страхування, яке надає доступ до приватних лікарень та до деяких послуг, які державна система не покриває [252].

Розглянемо сферу медичного обслуговування населення Франції. Вона характеризується тим, що уряд визначає послуги, які покриває в повному обсязі або частково. До медичних послуг, які покриваються урядом в повному обсязі, відносяться такі: перебування у хоспісах; лікування психіатричних хворих, які перебувають на довготривалому лікуванні; лікування хронічних захворювань; фінансування потреб жінок у другому триместрі вагітності. А до витрат, які покриваються урядом частково, відносяться такі: догляд за хворими у лікарні; лікувально-профілактичні послуги у державних та приватних поліклінічних

зкладах; амбулаторне лікування; акушерські послуги; діагностичні послуги; послуги екстреної та швидкої медичної допомоги; витрати на рецептурні лікарські засоби; протезування та витрати на інші медичні вироби.

Необхідно звернути увагу на те, що лікувально-профілактичні послуги відносяться до послуг з частковим фінансуванням держави, але деякі з них, наприклад: імунопрофілактика; мамографічні дослідження; онкологічні скринінги прямої кишки фінансуються в повному обсязі за рахунок державного бюджету. Треба відзначити, що державою не фінансуються взагалі стоматологічні послуги та лікування зору.

Саме тому у Франції існує й приватне медичне страхування як допоміжний інструмент оплати медичного обслуговування населення, який покриває 7,5% усіх витрат на медичні послуги.

Також у Франції існує практика оплати медичних послуг з власної кишені (9,8%). Є такі три можливі варіанти:

- **співоплата** – фіксована сума, яку пацієнт має доплатити за медичні послуги на додачу до оплати страховою компанією або державою. Простіше кажучи, франшиза. Таку систему планувало запровадити Міністерство охорони здоров'я України, однак ця ініціатива не пройшла через Верховну Раду;
- **співстрахування** – певний відсоток виплат за медичні послуги, який розподіляється між пацієнтом і страховиком (компанією чи державою);
- **додаткова плата за спеціалізовані медичні послуги**, не передбачені державною чи приватною страховкою («balance billing») [241].

Зразком змішаної системи медичного обслуговування населення є система охорони здоров'я Нідерландів, яка характеризується поєднанням приватних медичних планів із соціальними умовами, побудованими на принципах солідарності, ефективності та цінності для пацієнта. У Нідерландах існує два види медичного страхування: обов'язкове основне страхування, або базове страхування, й необов'язкове додаткове страхування. Основне медичне страхування в Нідерландах є обов'язковим. Поліс медичного страхування дає право на безкоштовне медичне лікування в Нідерландах, включаючи стандартні

рецепти. Державне медичне страхування не охоплює деяких видів лікування – таких, як стоматологічна допомога та фізіотерапія [243, с. 49-50; 253; 254].

Основоположним правилом у Нідерландах є те, що будь-яка особа, яка перебуває та працює в країні більше чотирьох місяців, зобов'язана застрахуватися на базовому рівні, а люди з низьким рівнем доходу мають право звертатися за матеріальною допомогою на покриття основних заходів щодо їх медичного обслуговування.

Для реалізації свого права на охорону здоров'я в Нідерландах особа має зареєструватися у своїй місцевій раді, щоб отримати номер служби обслуговування громадян (BSN), потім вибрати і зареєструватися на медичне страхування та в місцевого лікаря [243, с. 49-50; 253]. Крім того, якщо особа протягом чотирьох місяців не придбала базового медичного страхування, то уряд вживає всіх заходів для покарання незастрахованих осіб. Зокрема, спочатку уряд направить лист з проханням зареєструватися на медичне страхування протягом трьох місяців. Якщо особа протягом вказаного періоду знову не звертається, то на особу накладається штраф. Наприклад, сума штрафу у 2019 році становила 410,49 євро. Крім того, якщо особа не зверталася більше півроку, то накладався другий штраф на таку ж саму суму. І якщо з моменту першого листа уряду пройшло дев'ять місяців, то місцеві органи влади самі зареєструють у страховика цю особу - і з неї буде стягуватися щомісячна компенсація із зарплати [243, с. 49-50; 255, с. 4].

У Фінляндії медична допомога надається як через громадську систему охорони здоров'я, так і через систему медичного страхування. Обидві вони є універсальними і фінансуються головним чином за рахунок податків (внески на медичне страхування від роботодавців і працівників збираються через податки) [256]. Громадська охорона здоров'я існує для всіх постійних жителів Фінляндії незалежно від їх матеріального стану. Послуги первинної медико-санітарної допомоги надаються муніципальними медичними центрами, а спеціалізована медична допомога надається районними лікарнями. Громадяни Європейського союзу, які тимчасово перебувають у Фінляндії, мають право на державне медичне обслуговування в разі надання європейської картки медичного

страхування. До послуг, які вони можуть отримати, належать такі: послуги первинної медичної допомоги, які включають в себе консультації лікаря для людей, які захворіли, і щодо лікування хронічних захворювань; консультації з питань здоров'я, включаючи санітарну освіту; консультації з питань контрацепції, материнства і благополуччя дітей; медичні огляди; скринінг і щеплення; послуги стоматологічної охорони здоров'я; шкільну і студентську охорону здоров'я; послуги з охорони психічного здоров'я; першу допомогу [257].

У державі досить часто більшість роботодавців забезпечують на добровільній основі додаткове медичне обслуговування для найманих працівників.

У цілому відповідно до Закону Фінляндії «Про національну систему охорони здоров'я», який було прийнято 1972 року, усі особи, що проживають у Фінляндії, мають право на отримання медичної допомоги в рамках цієї системи. Планування національної системи і загальне керівництво нею здійснюється Міністерством соціальної допомоги та охорони здоров'я. Уряди провінцій контролюють заклади охорони здоров'я на місцевому рівні. Безпосереднє керівництво службами охорони здоров'я, планування і надання послуг провадиться 455 міськими і сільськими муніципалітетами. Планування медичних послуг є спільним обов'язком рад з питань охорони здоров'я, муніципальних рад та муніципального уряду. У всіх муніципалітетах старший персонал центрів охорони здоров'я також бере активну участь у плануванні послуг. Більш як у 25% муніципалітетів ради з соціальних і медичних питань були об'єднані, і управління ними ведеться консолідовано [256].

У країні податкові надходження є основним джерелом фінансування дволанкової системи охорони здоров'я в Фінляндії, де медичні послуги різних рівнів поділено за принципом децентралізації між місцевими й районними закладами охорони здоров'я. Планування обсягу та порядку надання медичних послуг є пріоритетним завданням муніципальних рад і муніципального уряду з питань охорони здоров'я. Добровільне надання додаткових медичних послуг

для працівників роботодавцем є додатковим елементом загальної системи забезпечення здоров'я населення на високому рівні [258, с. 114].

*Зробивши ґрунтовний аналіз досвіду європейських країн щодо забезпечення медичного обслуговування населення, вважаємо за доцільне зупинитися на позитивному досвіді тих країн, які за основу медичного обслуговування беруть державне фінансування загальних та необхідних для життєдіяльності кожної людини медичних послуг, а усі інші послуги надають за рахунок різного роду страхування. Ми все ж таки вважаємо, що базове медичне страхування мають забезпечувати роботодавці.*

### **3.2. Ефективність публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення**

В Україні сьогодні продовжується реформування у сфері медичного обслуговування населення та охорони здоров'я в цілому. Зазначена реформа здійснювалася на основі Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років, яка стала складовою частиною Національного плану дій з реформування, що був проголошений Указом Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» та урядом України на основі програми діяльності Кабінету Міністрів України, схваленої постановою Верховної Ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII) [154].

Перепоною на шляху запроваджених реформ стала пандемічна ситуація, пов'язана із COVID-19. Більшість медичних закладів виявилися недостатньо підготовленими до роботи у таких важких умовах. Наслідком усього цього стало недостатнє фінансування, нестача кадрових ресурсів та матеріально-технічної бази для якісної та ефективної діяльності під час важкої пандемічної ситуації (зокрема, використання кисневих систем та власне самого кисню).

Продовження усіх передбачуваних заходів, які мають забезпечити ефективність публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, та вихід його на провідні світові позиції має обов'язково відповідати

«Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», де її частиною є реформа медичного обслуговування населення, яка зосереджується на системі медичного обслуговування, орієнтованого на пацієнта. Ця система на європейському рівні має бути здатною забезпечити медичним обслуговуванням усіх без винятку громадян України.

Сучасне реформування сфери медичного обслуговування населення в Україні узгоджується з положеннями програми Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я – 2020», основними напрямками якої є підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я. Водночас воно має корелюватись з процесами децентралізації, розширення прав та відповідальності територіальних громад щодо самостійного вирішення питань у сфері медичного обслуговування населення; реформування публічного адміністрування у цій сфері; реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні тощо [259, с. 112].

З метою реалізації встановлених завдань та стратегічних напрямків щодо підвищення ефективності публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення необхідно удосконалювати його на всіх рівнях забезпечення, розпочинаючи з обслуговування під час екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Саме у процесі децентралізації органів місцевого самоврядування названа сфера знаходиться у невизначеній площині щодо її фінансування та адміністрування, що і породжує актуальність дослідження особливостей її запровадження.

Необхідно резюмувати, що стан здоров'я українського населення визначається величезною кількістю хронічних та соціально небезпечних захворювань. У країні спостерігається коротка середня тривалість життя громадян, висока смертність та інвалідність, на що впливає забруднене

довкілля, незадовільні умови праці, активне розповсюдження інфекційних та паразитарних захворювань, криза галузі медичного обслуговування, недостатній контроль за якістю та вживанням лікарських засобів і біологічно активних домішок, тютюнокуріння [260].

До зниження рівня здоров'я нації також призводить безконтрольне вживання алкогольних напоїв, наркотичних засобів, психотропних речовин та їх прекурсорів, а також морально-психологічна та фізична деградація суспільства в цілому.

Не сприяє розв'язанню проблем у сфері медичного обслуговування населення й відсутність належного моніторингу за станом генофонду, рівнем популяційного імунітету населення, циркуляцією збудників інфекційних хвороб. Сучасна система медичного обслуговування населення в Україні спрямована більше на лікування, ніж на профілактику захворювань і пропаганду здорового способу життя. Як наслідок, за останні п'ять років кількість захворювань і смертність зростала [260].

Треба акцентувати увагу на тому, що Україна має один із найгірших показників сфери медичного обслуговування населення в європейському регіоні і знаходиться на другому місці за рівнем смертності (14,9 на 1000 населення), яка збільшилась на 12,7% за останні 20 років, тоді як у Європейському Союзі цей показник знизився на 6,7% [261].

Однією з основних причин погіршення ситуації у сфері медичного обслуговування населення є досить низький рівень економічного розвитку в державі.

Сьогодні організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні та інші фундаментальні помилки заважають Україні отримувати вигоду від власного людського капіталу, навіть незважаючи на те, що українці витрачають на сферу медичного обслуговування значну частку свого доходу. Крім того, існує величезна невідповідність між тим, що обіцяє держава, і тим, що вона може забезпечити [261].

В умовах сьогодення тривожна ситуація у сфері медичного обслуговування населення пояснюється й тим, що відбувається швидке

старіння населення і катастрофічно різке зменшення кількості медичного персоналу (у зв'язку зі смертністю, фінансовим забезпеченням, міграцією за кордон тощо).

Фіаско системи охорони здоров'я України зумовлене архаїчним станом закладів охорони здоров'я, які фактично не орієнтовані на пацієнта та неспроможні надавати якісні та ефективні послуги [261].

Основними факторами, які характеризують наявну модель сфери медичного обслуговування населення і які унеможливають отримання якісних і доступних послуг у цій сфері, є неефективність та застарілість таких показників:

- системи управління, яка бюрократизована і не забезпечує адекватного реагування сфери медичного обслуговування населення на потреби людини і суспільства, що динамічно змінюються, не враховує ризики та не використовує потенційні можливості;

- організаційно-правової бази сфери медичного обслуговування населення, яка неповною мірою відповідає сучасним світовим тенденціям щодо функціонування та розвитку сфери медичного обслуговування населення;

- системи фінансування сфери медичного обслуговування населення та окремих її закладів, яка зорієнтована на утримання неефективної структури, а не на результати діяльності, яка не забезпечує захисту фінансових ризиків громадян, пов'язаних із захворюваннями;

- структури сфери медичного обслуговування населення, яка характеризується диспропорційним розвитком елементів, що призводять до затратних втручань, і водночас виразною слабкістю та нерозвиненістю складових, що спрямовані на зміцнення здоров'я та профілактику;

- системи кадрового забезпечення, яка не задовольняє потреби галузі щодо адекватного відновлення та підвищення кадрового потенціалу сфери медичного обслуговування населення у його кількісному і якісному вимірах;

- інформаційно-аналітичного забезпечення, яке спирається на паперовий медико-статистичний облік і звітність та унеможливає комплексний моніторинг і оцінку ресурсів сфери медичного обслуговування

населення з метою ефективного оперативного управління та стратегічного планування;

- механізмів міжсекторальної координації і взаємодії в інтересах здоров'я населення, що зумовлено інституційною та функціональною нерозвиненістю системи громадської охорони здоров'я;

- системи науково-методичного забезпечення діяльності і розвитку сфери медичного обслуговування населення, віддаленістю її від нагальних і стратегічних потреб галузі;

- інформаційно-комунікаційного забезпечення, яке не відповідає вимогам сьогодення і не має упереджувального характеру [261].

У результаті цього необхідно виокремити певні проблеми, які необхідно вирішити, щоб забезпечити ефективність публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення. До цих проблем необхідно віднести такі:

- незадовільний стан здоров'я усієї української нації;
- нераціональне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення;

- відсутність належного фінансування сфери медичного обслуговування населення;

- відсутність належного забезпечення медичними технологіями та недосконалість управління ними;

- недостатнє інформування населення про новітні медичні технології, сучасні засоби збереження здоров'я та активного відпочинку;

- недосконалість законодавчого врегулювання сфери медичного обслуговування населення тощо.

Відповідно до сформульованих проблем ефективність публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення має бути спрямована на покращення якості життя та здоров'я населення, результатом чого має бути збереження генофонду нації.

Саме з цією метою необхідно виокремити напрями ефективності публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, якими на наш погляд, мають бути такі:

- 1) *діджиталізація у сфері медичного обслуговування населення;*
- 2) *розвиток навчальної та науково-дослідної діяльності під час підготовки фахівців у сфері медичного обслуговування населення;*
- 3) *удосконалення належного фінансування сфери медичного обслуговування населення;*
- 4) *впровадження якісної кадрової політики у сфері медичного обслуговування населення;*
- 5) *покращення санітарного та епідемічного благополуччя населення;*
- 6) *розвиток сфери трансплантології.*

Вважаємо за доцільне здійснити ґрунтовну характеристику запропонованих напрямів ефективності публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

Так, за останні роки досить активно імплементується *діджиталізація у сферу медичного обслуговування населення*. Уже з 2017 року впроваджується електронна система медичного обслуговування населення як та інформаційно-телекомунікаційна система, яка забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними та документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс [69]. У централізованій електронній базі, яка забезпечує медичне обслуговування населення, впроваджено такі реєстри, як: 1) реєстр пацієнтів; 2) реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу; 3) реєстр суб'єктів господарювання у сфері медичного обслуговування населення; 4) реєстр медичних спеціалістів; 5) реєстр медичних

працівників; 6) реєстр договорів про медичне обслуговування населення; 7) реєстр договорів про реімбурсацію [168].

Треба відзначити, що діджиталізація сфери медичного обслуговування населення уособлює в собі зручні для пацієнтів онлайн-сервіси, за допомогою яких можна обрати собі бажаного лікаря, укласти з ним декларацію на обслуговування, записатися за допомогою електронної черги на прийом, виписати е-рецепт на лікарські засоби, а також лікарські засоби відповідно до реімбурсації, отримати е-лікарняний лист, подати статистичні звіти, документацію та аналітичні дані до Національної служби здоров'я та до Міністерства охорони здоров'я України, а також статистичні дані щодо епідеміологічної ситуації до Державної служби України з питань безпеки продуктів та захисту споживачів тощо.

Але, на жаль, ефективної діджиталізації у сфері медичного обслуговування населення ще не відбулося: вона досить повільними темпами впроваджується у практичну діяльність.

Є багато невирішених питань, які доцільно було б включити до процесу діджиталізації сфери медичного обслуговування населення. До таких питань необхідно віднести надання електронної згоди на медичне втручання їхніх родичів та дітей, надання електронної згоди на передачу органів їхніх родичів з метою трансплантації, а також надання електронної відмови від госпіталізації та перебування на стаціонарному лікуванні тощо. Значним недоліком є й те, що донині немає електронних медичних карток, які необхідно внести до електронного кабінету пацієнта. Ці картки мають висвітлювати всі перенесені захворювання, методики та протоколи лікування тих чи інших захворювань, щоб спостерігати за ефективністю впливу тих лікарських засобів, які приймали пацієнти, а також в них має бути збережений календар щеплень, починаючи від самого народження (оскільки сьогодні всі щеплення зберігаються лише до шістнадцятирічного віку).

У глобальному сенсі слова електронна система медичного обслуговування населення полягає в обробці великого масиву даних у сфері медичного обслуговування населення. Розвиток онлайн-медицини має

особливо велике значення під час карантинних заходів. Також значної актуальності і популярності набуває розвиток телемедицини, за допомогою якої пацієнти систематично перебувають на зв'язку із медичними працівниками, що є досить важливим для пацієнтів із обмеженими можливостями. За допомогою телемедицини пацієнти також вивчають міжнародний досвід щодо лікарських засобів, щодо протоколів лікування захворювань, які їх цікавлять.

Безпосередньо діджиталізація здатна значно підвищити якість медичного обслуговування населення в Україні та у світі в цілому. Під час цифрової інформатизації обробляються та аналізуються всі дані, які збираються про пацієнта за секунди в будь-якій частині світу, у результаті чого точніше встановлюється діагноз, з легкістю призначається лікування, оскільки висвітлюються всі побічні ефекти від попередніх лікувань.

Особливої актуальності сьогодні набуває створення онлайн-ресурсів у трансплантологічному напрямку, бо вони допомагають створювати електронні бази трансплантації, до якої має входити перелік лікарів та іншого медичного персоналу, що здійснює трансплантацію, перелік закладів та установ, де вона проводиться, запровадження посад фахівців-трансплантологів та трансплант-координаторів, а також реєстр дозволів, що забезпечує спрощення юридичної регламентації надання згоди донора на трансплантацію.

*Таким чином, особливостями напряму діджиталізації сфери медичного обслуговування населення є те, що він характеризується утворенням та розвитком онлайн-реєстрів та інших інтернет-сервісів як складової частини усієї e-Health, забезпечуючи при цьому відповідний захист персональних даних та медичних даних пацієнтів, розміщуючи їх у різних місцях з метою унеможливлення їх ідентифікації, а також персональних даних лікарів.*

*На наш погляд, з метою удосконалення e-Health та з метою реалізації Державного проекту «Цифрова держава» в рамках діджиталізації сфери медичного обслуговування населення варто запропонувати затвердити Концепцію впровадження електронного медичного обслуговування населення (Додаток В).*

Не менш вагомим напрямком ефективності медичного обслуговування населення є *розвиток навчальної діяльності під час підготовки фахівців у сфері медичного обслуговування населення та науково-дослідної роботи у цій сфері.*

Доцільно зазначити, що навчальна діяльність фахівців у сфері медичного обслуговування населення потребує сьогодні якісного оновлення шляхом підвищення ефективності навчального процесу.

Урядом зроблено спробу впровадити безперервний професійний розвиток працівників сфери медичного обслуговування населення, яка полягає у формуванні основних засад безперервного процесу навчання та удосконалення фахових здібностей після здобуття вищої та післядипломної освіти у цій сфері. Метою цієї спроби є підтримання та покращення стандартів діяльності фахівців у сфері медичного обслуговування населення, які мають відповідати сучасним вимогам, що висуваються до цієї діяльності. Сучасна система безперервного навчання буде забезпечувати якісний контроль рівня знань та професійних навичок, приведе до удосконалення протоколів надання медичної допомоги, а також покращить якість медичного обслуговування українців в цілому.

Разом з тим безперервний професійний розвиток має обов'язково включати такі елементи, як одиниці вимірювання навчально-наукового рівня студента, що пізніше формуватиметься у відповідний бал його фахової спроможності. Також має бути включено такі різновиди освіти, як інформальна освіта (самоосвіта) та неформальна освіта у сфері медичного обслуговування населення.

Так, під інформальною освітою (самоосвітою) у сфері медичного обслуговування населення розуміють самоорганізоване здобуття фахівцями у сфері медичного обслуговування населення професійних компетентностей під час повсякденної діяльності, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю, а під неформальною освітою у сфері медичного обслуговування населення слід розуміти діяльність з підвищення власних знань та вмінь, яка провадиться за освітніми програмами та не передбачає присудження визнаних державою освітніх кваліфікацій за рівнями освіти, але може завершуватися

присвоєнням професійних та/або присудженням часткових освітніх кваліфікацій [262].

Кожен медичний працівник повинен мати персональне освітнє портфоліо, яке має містити в собі всі документи, що підтверджують його особисті досягнення із зазначенням дати участі в роботі тієї чи іншої конференції, семінару, круглого столу та вид освіти під час проходження безперервного фахового розвитку.

Усі медичні працівники після закінчення інтернатури мають право на фаховий безперервний розвиток, в результаті якого буде відбуватися атестація цих фахівців, під час якої буде присвоюватися або підтверджуватися кваліфікаційна категорія працівника. Також вона буде визначати доцільність надання, продовження дії чи анулювання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичного обслуговування населення.

Якщо виходити з досвіду європейських країн, стає зрозумілим, що медичний працівник проходить важкий шлях становлення як фахівця своєї справи. Так, з метою порівняння систем медичного навчання в Україні та за кордоном відзначимо, що повний термін навчання для лікаря становить 6–9 років, 5–6 з яких він здобуває освіту у вищому навчальному закладі та 1–3 витрачає на проходження інтернатури та магістратури (також передбачена лікарська резидентура, яка поки не реалізується). Наприклад, у США здобути фах лікаря менше, ніж за 11 років, не вдасться. Загалом термін навчання там становить від 11 до 14 років. 3–4 роки майбутній лікар вчиться в медичному коледжі, 4 роки – у медичній школі. Наступні 3–5 років ідуть на проходження лікарської резидентури (рік інтернатури й 2–4 роки факультативного навчання). 12 років становить термін здобуття професії лікаря в Ізраїлі, 11–12 – у Німеччині, 8–11 – у Франції. Схоже на те, що невдовзі і лікарі України вчитимуться за такою схемою [263] (Додаток Г).

Негативними та проблемними питаннями щодо професійного безперервного навчання медичних фахівців є те, що на кожному етапі проходження атестації є корупційна складова, яка негативно впливає на рівень підготовки фахівців. Також досить вагомою проблемою є те, що весь процес

безперервного професійного розвитку медичних працівників має здійснюватися за власний кошт.

Саме тому запропоновано з 2020 року наблизити вітчизняну систему підготовки лікарів до європейських стандартів, що дозволить українським медикам успішно конкурувати на світовому ринку. На наш погляд, доцільно було б збільшити кількість практичних занять, а теоретичні та непрофільні дисципліни у навчальних планах потрібно скоротити.

У наш час тривалість інтернатури в Україні для різних спеціальностей складає від 1 до 3 років. На наш погляд, необхідно збільшити термін проходження інтернатури до трьох років, виключивши при цьому заняття на теоретичних базах і збільшивши на лікувальних.

Також необхідно буде змінити процедуру розподілу студентів для проходження інтернатури відповідно до європейського досвіду та стандартів. Необхідно запровадити електронний розподіл студентів для проходження інтернатури, який має виключити корупційний аспект цього процесу. Саме фінансово спроможні студенти разом зі своїми впливовими батьками мали можливість знайти лікарні у центрах міст, а студенти, які навчалися за бюджетні кошти, їхали на периферію, звідки отримували направлення або де були вільні місця, за якими їх закріплював вищий навчальний заклад. Саме електронний розподіл має визначати місце інтернатури відповідно до результатів єдиного державного кваліфікаційного іспиту.

У планах також зменшити кількість спеціальностей, за якими відбуватиметься набір до інтернатури, з 34 до 13 (акушерство і гінекологія, анестезіологія та інтенсивна терапія, внутрішні хвороби, загальна практика, сімейна медицина, загальна стоматологія, медицина невідкладних станів, педіатрія, психіатрія, отоларингологія, офтальмологія, радіологічна онкологія та ядерна медицина, радіологія, хірургія). Аби отримати звання лікаря-спеціаліста, потрібно буде пройти обов'язкову атестацію – тестування у формі ліцензійного інтегрованого іспиту Крок-3 за відповідною спеціальністю, допуском до якого буде структурований клінічний іспит (ОСКІ, простими словами – держіспит) [263].

У Міністерстві охорони здоров'я України, посиляючись на європейські стандарти підготовки медичних працівників, пропонують впровадити ще один практичний етап підготовки – резидентуру за відповідною спеціалізацією.

*На наш погляд, таке нововведення є недоцільним, оскільки значно збільшується термін навчання медичних працівників, що призведе до браку медичних фахівців у зв'язку із матеріальним станом суспільства в цілому, у результаті чого більшість родин будуть неспроможні навчати дітей за власні кошти, а бюджетних місць не вистачатиме, тому що їх кількість щороку зменшуватиметься.*

Щодо науково-дослідної діяльності у сфері медичного обслуговування населення, то необхідно відзначити, що без наукових підходів до проведення дослідницької роботи у сфері медичного обслуговування населення її розвиток буде неможливим. Саме науково-дослідна діяльність є важливим напрямом реалізації інноваційної політики України у сфері медичного обслуговування населення. Саме під час такої діяльності у сфері медичного обслуговування населення відбувається впровадження новітніх наукових розробок, які містять сучасні методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та репродуктології тощо. Також під час розробки нових лікарських засобів без науково-дослідної роботи, яка включає в себе цілий науковий етап створення лікарського засобу, до якого входить розробка, виготовлення, доклінічні та клінічні дослідження, транспортування та його зберігання, цей процес буде неможливий.

В умовах стрімкого збільшення обсягу інформаційних потоків важливим є підвищення обізнаності медичних працівників практичної охорони здоров'я та науковців із сучасними розробками високого рівня доказовості (методів лікування, діагностики, профілактики, реабілітації, репродуктології, тощо) [264].

Проведення наукових заходів є дієвим способом ознайомлення спеціалістів певного медичного профілю із новітніми досягненнями науки та медичними технологіями. Головним інструментом координації проведення наукових заходів в Україні у сфері медичного обслуговування населення є

щорічний Реєстр наукових заходів. У 2020 році було організовано та проведено 565 наукових медичних заходів, що були присвячені найбільш значущим медичним напрямкам і висвітлювали інноваційні та удосконалені технології, новітні стандарти лікування і діагностики, питання впровадження інноваційних розробок у практику сімейного лікаря, систему первинної медико-санітарної допомоги тощо. Зокрема, проведено 9 з'їздів, 19 конгресів, 23 симпозиуми, 194 науково-практичні конференції за участю вітчизняних фахівців та спеціалістів країн близького і далекого зарубіжжя: Латвії, Литви, Естонії, Грузії, Вірменії, Фінляндії, Німеччини, Польщі, Ізраїлю, Великобританії, США, Канади, Єгипту, Іспанії, Італії, Франції, Туреччини, Австрії, Японії, Данії, Швеції, Китаю, Росії, Швейцарії, Білорусі, Узбекистану, Казахстану. Організаторами та співорганізаторами зазначених наукових заходів виступали вищі медичні та фармакологічні навчальні заклади України, науково-дослідні установи (НДУ) МОЗ України та Національної академії медичних наук (НАМН) України, профільні асоціації, наукові товариства України та інші організації. Аналіз звітних матеріалів наукових форумів свідчить про зростання їх організаційного та наукового рівня. Питання, напрацьовані учасниками наукових заходів, віддзеркалюють актуальні проблеми медичної науки та практики сфери медичного обслуговування населення [263].

Такі науково-дослідні заходи необхідно проводити якомога частіше, тому що на них вирішуються актуальні проблеми сфери медичного обслуговування населення. *Саме вони сприяють реалізації таких основних наукових завдань, які медична галузь ставить перед медичними науковцями та фахівцями:*

- *запровадження новітніх досягнень медицини в загальну практику у сфері медичного обслуговування населення;*
- *розробка, удосконалення та впровадження у практичну діяльність новітніх стандартів щодо забезпечення якісним та ефективним медичним обслуговуванням населення у процесі лікування серцево-судинних захворювань, лікування інфекційних захворювань, дитячої патології, онкологічних захворювань тощо;*

- *впровадження ефективних новітніх методик ранньої профілактики та діагностики різноманітних захворювань на відповідних етапах надання медичної допомоги населенню (під час екстреної медичної допомоги; під час первинної, вторинної та третинної медичної допомоги);*
- *визначення причини виникнення, методів профілактики, діагностики та лікування легеневої гіпертензії та впровадження наукових тенденцій у фахову діяльність лікарів-пульмонологів, фтизіатрів та лікарів сімейної практики;*
- *запровадження сучасних програм для реабілітації пацієнтів із хворобами терапевтичного спрямування;*
- *створення тренінгових осередків, на яких відбуватиметься впровадження сучасних методів та технологій з метою багатогалузевої реабілітації під інтернатури;*
- *розробка новітніх методів профілактики, діагностики та лікування недосліджених інфекційних захворювань;*
- *впровадження сучасних заходів забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення.*

***Тому основними ознаками визначеного напрямку є якісна підготовка фахівців сфери медичного обслуговування населення, розвиток наукових поглядів та підходів щодо вирішення проблем з профілактики, діагностики та лікування різного роду захворювань на сучасному новітньому рівні.***

Наступним напрямом ефективності медичного обслуговування населення є удосконалення належного фінансування сфери медичного обслуговування населення.

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» з 1 січня 2020 року реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснюється для всіх видів медичної допомоги через уповноважений центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення – Національну службу здоров'я України [265].

Заклади охорони здоров'я повинні долучитись до програми медичних гарантій з 1 квітня 2020 року. У зв'язку із цим до 1 квітня 2010 року надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам зберігається. З метою підтримки закладів охорони здоров'я, які не надають послуги за програмою медичних гарантій, можливо, з 1 квітня 2020 року буде передбачена нова субвенція на здійснення підтримки окремих закладів охорони здоров'я [265].

Оплата комунальних послуг закріплена в Бюджетному кодексі України за місцевими бюджетами. Місцева влада як власник закладів охорони здоров'я зобов'язана забезпечити доступність цих закладів для жителів міста, села, області. Капітальні видатки (наприклад, ремонт закладів, закупівля обладнання тощо) є інвестиціями громади у свій заклад охорони здоров'я [265]. Разом з тим спостерігаємо, що переведення фінансування на місцеві бюджети сьогодні не приносить позитивних змін у сферу медичного обслуговування населення. Медичні працівники відразу відчули брак коштів, велику кількість медичних працівників у зв'язку із недостатністю коштів скорочено або звільнено за власним бажанням. Проблеми, які виникають у сфері медичного обслуговування населення в умовах сьогодення, призводять до значних фінансових труднощів. Профілактика, діагностика та лікування коронавірусної інфекції потребує значних коштів, які місцеві бюджети разом із Національною службою здоров'я покрити не здатні. У результаті скорочення фінансування лікарень та інших медичних закладів багато з них закривається, медичні працівники у зв'язку із браком коштів не забезпечені системами власного захисту інфікуються, хворіють та помирають або звільняються. Це все може призвести до грандіозних негативних наслідків.

З метою вирішення назрілої проблеми, на наш погляд, необхідно вчинити такі дії:

- налагодити взаємозв'язок між якістю медичного обслуговування та видатками на його фінансування;
- забезпечити медичний персонал медичним оснащенням, системами власного захисту тощо;

- запровадити тотальний контроль на місцях за надходженням, розподілом та використанням коштів, які передбачені на фінансування сфери медичного обслуговування населення, за допомогою системи «Прозоро», котра забезпечить доступ до інформації та контролю з боку громадськості;
- удосконалити електронну систему медичного обслуговування населення;
- запровадити базове загальнообов'язкове медичне страхування з можливістю його розширення тощо.

***Основними ознаками удосконалення належного фінансування сфери медичного обслуговування населення є те, що витрати на медичне обслуговування перевищують видатки через низький рівень здоров'я людей та внаслідок частих звернень до різних установ сфери медичного обслуговування населення.***

Наступним напрямом ефективності медичного обслуговування населення є впровадження якісної кадрової політики у сферу медичного обслуговування населення.

Забезпечення кадровим потенціалом є основним елементом якісної кадрової політики у сфері медичного обслуговування населення.

На міжнародному рівні регулярно лунають заклики щодо необхідності мати національні стратегії розвитку та зміцнення кадрових ресурсів сфери медичного обслуговування населення, оскільки забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку суттєвою мірою залежить від кадрових ресурсів сфери медичного обслуговування населення, зокрема їх відповідності потребам населення, а також прийнятності та якості послуг, які вони надають. Глобальна стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо кадрових ресурсів сфери медичного обслуговування населення до 2030 року визначає такі чотири ключові цілі:

а) посилення якості кадрових ресурсів сфери медичного обслуговування населення шляхом впровадження щодо кадрових ресурсів політики з доведеною ефективністю, забезпечення універсального доступу до медичних послуг та зміцнення систем охорони здоров'я на всіх рівнях;

б) забезпечення планування кадрових ресурсів сфери медичного обслуговування населення відповідно до наявних і майбутніх потреб населення, усунення дефіциту кадрових ресурсів сфери медичного обслуговування населення та покращення їх розподілу;

в) зміцнення інститутів у сфері охорони здоров'я на різних рівнях для ефективного управління кадровими ресурсами сфери медичного обслуговування населення;

г) зміцнення системи даних щодо кадрових ресурсів сфери медичного обслуговування населення для моніторингу та оцінки національних і регіональних стратегій [266].

Усі країни тією чи іншою мірою стикаються з проблемами освіти, залучення, утримання та продуктивності роботи медичних працівників. В Україні працівники закладів медичного обслуговування населення і майбутні медичні кадри мають додатковий тиск через необхідність адаптації до змін, які відбуваються в рамках реформи охорони здоров'я [266].

Проведений кількісно-якісний аналіз медичного персоналу, який визначений відповідно до міжнародного (ISCO-2008) та національного обліку медичного персоналу, підтверджує те, що показники динамічно змінюються.

Фактично національна оцінка абсолютної кількості лікарів є на чверть (24%) вищою за аналогічну оцінку, отриману шляхом застосування міжнародного стандарту розрахунку. Так, абсолютна кількість лікарів за національним обліком становить 156 865, медичних сестер - 314 413, а згідно із міжнародним обліком ISCO-2008 – 132 715, медичних сестер – 276 172. Як помічаємо, кількість середнього медичного персоналу за національним обліком переважає на 14 % над абсолютною кількістю згідно з міжнародним обліком ISCO-2008.

Упродовж 1993–2019 років співвідношення кількості медичних сестер та лікарів в Україні має тенденцію до зниження з 2.7 до 2.0 за міжнародним обліком та з 2.7 до 2.2 – за національним обліком. У Європейському Союзі середнє значення співвідношення медичних сестер та лікарів становить 2.4:1 (станом на 2016 рік), що є вищим за українські показники [266].

Наступним напрямом ефективності медичного обслуговування населення *є покращення санітарного та епідемічного благополуччя населення.*

Під час пандемічної ситуації, пов'язаної з COVID-19, цей напрям ефективності медичного обслуговування населення є вкрай необхідним. Ми бачимо, що сьогодні тих визначених санітарно-епідеміологічних заходів, які визначаються Головним санітарним лікарем України та Державною службою України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, виявляється недостатньо.

Оскільки у 2014 році Постановою Кабінету Міністрів України «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» [267] була реформована та ліквідована Державна санітарно-епідеміологічна служба, яка безпосередньо уповноважувалася на забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя в країні, усі її повноваження, функції та завдання щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, у тому числі й під час медичного обслуговування населення, були покладені на органи Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів і її територіальні органи. Це такі функції, як реалізація державної політики у сфері санітарного законодавства; здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду за додержанням підприємствами, установами, організаціями всіх форм власності та окремими громадянами державних санітарних норм і правил, гігієнічних нормативів і регламентів безпечного виробництва, транспортування, зберігання, застосування пестицидів і агрохімікатів, за вмістом залишкової кількості пестицидів і агрохімікатів у харчових продуктах та продовольчій сировині, зокрема імпортованих лікарських травах, водних об'єктах, воді, що використовується для постачання на об'єкти народного господарства, купання, спортивних занять, організованого відпочинку та з лікувальною метою, лікувальних грязях, ґрунтах, на землях населених пунктів оздоровчого та рекреаційного призначення; забезпечення проведення профілактичних і протиепідемічних заходів щодо охорони території України від проникнення хвороб людей; здійснення в межах компетенції контролю за факторами середовища, у якому відбувається

життєдіяльність людей і які мають шкідливий вплив на здоров'я населення; здійснення у межах компетенції контролю за усуненням причин і умов виникнення та поширення інфекційних і масових неінфекційних захворювань, отруєнь та радіаційних уражень людей; участь у проведенні санітарно-епідеміологічних розслідувань, спрямованих на виявлення причин та умов, що призводять до виникнення і поширення інфекційних хвороб, у тому числі через харчові продукти, групових та індивідуальних харчових отруєнь, масових неінфекційних захворювань (отруєнь) та радіаційних уражень, випадків порушення норм радіаційної безпеки, санітарних правил роботи з радіоактивними речовинами, іншими джерелами іонізуючих випромінювань та реагування щодо їх усунення відповідно до законодавства [268].

Треба зауважити на тому, що функції нагляду (спостереження) за санітарно-епідемічним станом відповідних територій надані Державним установам Міністерства охорони здоров'я України, які забезпечують постійний моніторинг, аналіз та прогнозування епідемічної ситуації, показників здоров'я населення на відповідній території, проводять реєстрацію та державний облік інфекційних захворювань, отруєнь, масових неінфекційних захворювань, організують та проводять за участю територіальних органів Держпродспоживслужби комплексне розслідування причин і умов виникнення епідемій, спалахів та групових інфекційних хвороб, кожного випадку особливо небезпечних інфекційних хвороб, ботулізму, отруєнь грибами, масових неінфекційних захворювань з метою встановлення причин їх виникнення і факторів передачі інфекції [268].

За результатами комплексних заходів територіальні служби Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, державні установи Міністерства охорони здоров'я надають органам місцевої влади пропозиції щодо реалізації заходів, спрямованих на профілактику та зниження рівня інфекційних хвороб та поліпшення епідемічної ситуації. Із внесеними у 2018 році змінами до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» розширюються повноваження органів місцевого самоврядування, які спрямовуються на санітарно-епідемічне благополуччя

населення. Так, до відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад належить забезпечення населення питною водою гарантованої якості, вирішення питань збирання, транспортування, утилізації та знешкодження побутових відходів, знешкодження та захоронення трупів тварин; організація благоустрою населених пунктів, залучення на договірних засадах з цією метою коштів, трудових і матеріально-технічних ресурсів підприємств, установ та організацій незалежно від форм власності, а також населення; здійснення контролю за станом благоустрою населених пунктів, організація озеленення, охорона зелених насаджень і водойм, створення місць відпочинку громадян; забезпечення утримання в належному стані кладовищ, інших місць поховання та їх охорона; затвердження схем санітарного очищення населених пунктів та впровадження систем роздільного збирання побутових відходів; затвердження норм надання послуг з вивезення побутових відходів та інше [268, 269].

*Саме тому пропонуємо створити єдиний суб'єкт, який би чітко врегулював питання санітарно-епідеміологічного благополуччя населення на всій території України, яким має бути Державна санітарно-епідеміологічна інспекція.*

Необхідно також відзначити, що санітарний лікар України одноосібно не спроможний забезпечити санітарне благополуччя населення в країні.

Підтвердженням цього є зростання рівня кишково-шлункових захворювань, яке пов'язане з порушенням усіх санітарно-епідемічних заходів, які при цьому мають застосовуватися. До таких суб'єктів відносяться дошкільні, загальноосвітні заклади і система закладів харчування в цілому.

Так, лише за 9 місяців 2020 року в Києві було зареєстровано 5 спалахів гострої кишкової інфекції, 3 спалахи сальмонельозу (у тому числі один у дитячій дошкільній установі), один спалах харчової токсикоінфекції. Під час спалахів захворіли 102 особи (у тому числі 50 дітей), було виявлено 45 носіїв сальмонельозної інфекції (у тому числі 42 дитини). З 60 зразків продуктів харчування, взятих у ході здійснення санітарно-епідеміологічних обстежень суб'єктів господарювання, 20 з них за мікробіологічними показниками не відповідали нормативним документам. Зокрема, у зразках було знайдено

коліформи, стафілокок, лістерію, яка провокує серйозні захворювання і харчові отруєння [270].

Для вирішення подібної проблеми необхідно забезпечити належне фінансування усіх епідемічних та санітарних заходів на рівні місцевого самоврядування, які включають у себе дезінфекційні, дезінсекційні та дератизаційні заходи; забезпечувати санітарний контроль за здоров'ям працівників сфери харчування та здійснювати якісний контроль за утилізацією різного роду відходів.

З метою якісного та ефективного досягнення санітарного та епідемічного благополуччя населення необхідно запровадити Концепцію розвитку сфери санітарно-епідеміологічного благополуччя населення.

Наступним вагомим напрямком удосконалення медичного обслуговування населення є досить актуальний *розвиток сфери трансплантології в Україні*.

Необхідно зазначити, що в українському інформаційному просторі останнім часом з'являється дедалі більше новин про диво-операції вітчизняних трансплантологів. Тисячам пацієнтів, які чекають на новий орган, кожне з таких повідомлень дарує надію. Утім самі лікарі нарікають на те, що рятують життя людей швидше всупереч законам і офіційним нормам [271].

Слід згадати, що Україна знаходиться на останньому місці у світі за показниками посмертного донорства, що складає лише 0,18 випадків на один мільйон усього населення.

Такі показники залежать також від того, що досить незначна кількість медичних закладів проводить трансплантологію органів та анатомічних частин. Нині в Україні центрами органної трансплантації є Державна установа «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова Національної академії медичних наук» (трансплантація нирки, печінки, серця) та 5 регіональних центрів (на базі відділень обласних лікарень), а саме: Одеський (трансплантація нирки), Львівський (трансплантація нирки), Харківський (трансплантація нирки), Запорізький (трансплантація нирки, печінки, серця) та Дніпропетровський (трансплантація нирки) [272]. До 2014

року також функціонували Донецький та Луганський регіональні центри трансплантації, які зупинили свою діяльність у зв'язку із проведенням операції об'єднаних сил. На наш погляд, сферу трансплантології в Україні потрібно розвивати та удосконалювати, оскільки статистичні дані свідчать про те, що станом на 01 лютого 2021 року в Україні потребують пересадки органів та анатомічних частин понад 125000 громадян, із трансплантованими органами живуть понад 2345 громадян, у 110 осіб органи не прижилися, 58 прооперованих померли.

Звернемо увагу на те, що протягом 2014 року виконано 134 органних трансплантацій – 116 нирок (при потребі більш 2500), 17 – печінки (при потребі 1000-1500 на рік). Трансплантацій серця в Україні за 20 років виконано лише 8 (при потребі 1000-1500 на рік). Зі 134 донорських органів лише 14 вилучені у донорів – трупів. Загалом кількість органних трансплантацій не перевищує 130-140 на рік, причому з них лише від 4-15% – трансплантація завдяки посмертному донорству. У сусідній Польщі показник посмертного донорства перевищує 14 випадків на 1 мільйон населення, а Іспанія є лідером за посмертним донорством – 35 випадків на 1 мільйон населення [272].

Як свідчать статистичні показники та вищевикладена інформація, потрібно негайно вживати радикальних заходів щодо розвитку та удосконалення сфери трансплантології в Україні. Суспільство повинно брати активну участь у цьому через прийняття нормативно-правових актів, які чітко мають урегулювати досліджувану сферу. Держава частково розпочинала розвиток трансплантології ще з 2008 року, але радикальних заходів не застосовувала і не застосовує сьогодні.

У напрямку розвитку зазначеної сфери у 2008 році було затверджено Державну цільову соціальну програму «Трансплантація» [273]. У 2012 році дія зазначеної програми, яка була профінансована на 51,5%, була завершена. Втілення в життя цієї програми було реалізоване лише у частині придбання лікарських засобів імуносупресивної дії, тобто тих, які необхідні уже у посттрансплантаційний період, а в напрямку до самої трансплантології не зроблено жодних кроків. Також було частково придбано вироби медичного

призначення для підготовки хворих до трансплантології. Зауважимо, що лише частково були проведені закупівлі медичного обладнання та здійснено забезпечення матеріально-технічною базою деяких закладів, які мали проводити трансплантацію.

Також було заплановано створення Єдиної державної інформаційної системи трансплантації із дев'ятьма передбаченими трансплантаційними реєстрами, але і донині вона не профінансована державою та не введена в дію. На наш погляд, без єдиної системи трансплантації в Україні якісної та кількісної її реалізації не відбудуватиметься через відсутність інформування як пацієнтів, так і медичного персоналу. Саме тому *пропонуємо запровадити єдиний реєстр трансплантології, який має включати в себе такі дані:*

- *донорів або уповноважених осіб, які надали згоду на пересадку органів особисто, або, при потребі, їх родичів;*
- *реєстр медичних закладів, які ліцензовані на проведення трансплантології;*
- *реєстр трансплантології;*
- *реєстр договорів про проведення трансплантації;*
- *реєстр сумісності органів та анатомічних частин;*
- *реєстр осіб із пересадженими органами та анатомічними матеріалами;*
- *реєстр посттрансплантаційних ускладнень та смертей донорів та реципієнтів тощо.*

Слід згадати, що в Україні мали місце деякі кроки у напрямку трансплантації органів та анатомічних матеріалів людини, але й вони не отримали державної підтримки в цілому і особливо в частині її фінансування. Так, з метою законодавчого врегулювання сфери трансплантології у 1999 році було прийнято Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», який сьогодні потребує доопрацювання у зв'язку із сучасними викликами та вимогами суспільства. Також планувалося вирішення питання забезпечення діяльності сфери трансплантології шляхом

внесення його до державної програми «Здоров'я нації 2020», але це так і не було зроблено.

Як помічаємо, відбувається утримання розвитку сфери трансплантології на законодавчому полі публічного адміністрування. Сьогодні у системі публічної адміністрації відсутній єдиний суб'єкт, який би чітко врегулював діяльність зазначеної сфери, а саме - Державна служба України з питань трансплантології.

### **Висновки до розділу 3**

Дослідивши шляхи удосконалення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, ми прийшли до певних висновків.

За зразком міжнародної системи медичного обслуговування населення запропоновано авторську класифікацію типів систем медичного обслуговування населення. Це бюджетна система медичного обслуговування населення (характерна для Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канади, Австралії, Греції, Грузії); приватна система медичного обслуговування населення (характерна для США); страхова система медичного обслуговування населення (характерна для Японії) та змішана система медичного обслуговування населення (характерна для Австралії, Франції, Нідерландів).

Аргументовані та охарактеризовані такі основні напрямки ефективності публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, як 1) діджиталізація у сфері медичного обслуговування населення; 2) розвиток навчальної та науково-дослідної діяльності під час підготовки фахівців у сфері медичного обслуговування населення; 3) удосконалення належного фінансування сфери медичного обслуговування населення; 4) впровадження якісної кадрової політики у сфері медичного обслуговування населення; 5) покращення санітарного та епідемічного благополуччя населення; 6) розвиток сфери трансплантології. Разом з тим визначено їхні особливості.

Сформульовано основні наукові завдання, які медична галузь ставить перед медичними науковцями та фахівцями в частині забезпечення медичного обслуговування в Україні. Ними є запровадження новітніх досягнень медицини в загальну практику у сфері медичного обслуговування населення; розробка, удосконалення та впровадження у практичну діяльність новітніх стандартів щодо забезпечення якісним та ефективним медичним обслуговуванням населення у процесі лікування серцево-судинних захворювань, лікування інфекційних захворювань, дитячої патології, онкологічних захворювань тощо; впровадження ефективних новітніх методик ранньої профілактики та діагностики різноманітних захворювань на відповідних етапах надання медичної допомоги населенню (під час екстреної медичної допомоги; під час первинної, вторинної та третинної медичної допомоги); визначення причини виникнення, профілактики, діагностики та лікування легеневої гіпертензії та впровадження наукових тенденцій у фахову діяльність лікарів-пульмонологів, фтизіатрів та лікарів сімейної практики; запровадження сучасних програм для реабілітації пацієнтів із хворобами терапевтичного спрямування; створення тренінгових осередків, де відбуватиметься впровадження сучасних методів та технологій з метою багатогалузевої реабілітації, розробка новітніх методів профілактики, діагностики та лікування недосліджених інфекційних захворювань; впровадження сучасних заходів забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення.

Доведена необхідність запровадження Єдиного реєстру трансплантології, який включатиме в себе такі дані: 1) донорів або уповноважених осіб, які надали згоду на пересадку органів особисто, або, при потребі, їх родичів; 2) реєстр медичних закладів, які ліцензовані на проведення трансплантології; 3) реєстр фахівців-трансплантологів; 4) реєстр договорів про проведення трансплантації; 5) реєстр сумісності органів та анатомічних частин; 6) реєстр осіб із пересадженими органами та анатомічними матеріалами; 7) реєстр посттрансплантаційних ускладнень та смертей донорів та реципієнтів тощо.

Запропоновано затвердити Концепцію впровадження електронного медичного обслуговування населення.

Доведена необхідність створення суб'єкта публічної адміністрації у сфері медичного обслуговування населення, а саме - Державної санітарно-епідеміологічної інспекції.

## ВИСНОВКИ

У представлених висновках дослідження публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Україні наведено теоретичні та практичні узагальнення, проблеми та шляхи їх вирішення. Формулюється низка сучасних наукових авторських підходів, положень та висновків на основі узагальнення національного та міжнародного досвіду, а також запропоновано рекомендації щодо удосконалення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

1. Генезис становлення та розвитку сфери медичного обслуговування в Україні пройшов досить не легкий шлях, внаслідок дослідження якого автором виокремлено такі етапи його історичного розвитку: первісний (600 млн. років тому до XII–VI тис. до н. е.); Київської Русі (IX ст. до XIII ст.); Польсько-Литовський (включаючи козацьку державність) (XIV до першої половини XVII ст.); Імперський (включає правління Петра I, Катерини II та Миколи II (XVIII – до XIX ст.); Радянський (XX ст.); Української самостійності (друга половина XX ст.); Сучасної України (початок XXI ст. – донині). Обґрунтовано, що кожен із зазначених етапів генезису медичного обслуговування населення має свої доктринальні особливості.

2. Обґрунтовано авторську дефініцію «медичне обслуговування населення», під якою мається на увазі цілеспрямована та організаторська діяльність ліцензованих закладів охорони здоров'я та/або сертифікованих кваліфікаційних медичних працівників з метою надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг. Сформульовано основні ознаки медичного обслуговування населення.

3. Доведено, що державна політика у сфері медичного обслуговування населення – це сукупність загальнодержавних рішень та зобов'язань, метою яких є збереження громадського здоров'я за допомогою надання медичних послуг щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку із хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку із

вагітністю та пологами. Визначено основні ознаки державної політики у сфері медичного обслуговування населення. Разом з тим виокремлено такі основні напрямки державної політики медичного обслуговування населення, як: по-перше, надання якісних медичних послуг, орієнтиром яких визначатиметься громадське здоров'я; по-друге, переорієнтація функціонування медичних закладів медичного обслуговування населення на профілактичну та діагностичну діяльність; по-третє, метою якісного медичного обслуговування населення є формування здорового способу життя; по-четверте, удосконалення механізмів фінансування сфери медичного обслуговування населення; по-п'яте, удосконалення та розширення кількості нозологій відповідно до Програми медичних гарантій (гарантований пакет медичних послуг); по-шосте, переобладнання структури сфери медичного обслуговування населення з формуванням належної мережі медичних установ; по-сьоме, багаторівневе реформування функцій медичного обслуговування населення (первинного, вторинного та третинного рівнів); по-восьме, створення належної базової підготовки для адміністрування у сфері медичного обслуговування населення; по-дев'яте, удосконалення нормативно-правової бази, яка врегульовуватиме сферу медичного обслуговування населення; по-десяте, впровадження наукового супроводу сучасної моделі публічного адміністрування сферою медичного обслуговування населення.

4. Сформульовано, що механізм публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення – це система взаємозалежних, взаємообумовлених і взаємозв'язаних структурних елементів, за допомогою яких суб'єкти, наділені державно-владними повноваженнями (органи публічної адміністрації), забезпечують надання медичного обслуговування населення з метою задоволення публічного інтересу. Умотивовано, що елементами механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є сукупність нормативно-правових актів, які визначають правовий статус суб'єкта, об'єкта та засоби адміністрування.

5. Визначено нормативно-правове забезпечення сфери медичного обслуговування населення як комплекс правових настанов, які регулюються за

допомогою юридичних норм, реалізуюючи права громадян на якісне медичне обслуговування населення, метою якого є забезпечення життєдіяльності населення та збереження його здоров'я. Виокремлено класифікаційні групи нормативно-правового забезпечення медичного обслуговування населення залежно від предмета правового забезпечення сфери медичного обслуговування населення. Це акти, які спрямовані на надання медичних послуг та медичної допомоги; акти, які формують взаємовідносини закладів охорони здоров'я із пацієнтами; акти, які врегульовують характерологічні суспільні відносини у сфері медичного обслуговування населення; акти, які встановлюють юридичну відповідальність за порушення норм у сфері медичного обслуговування населення.

6. Сформульована авторське розуміння поняття «публічна адміністрація у сфері медичного обслуговування населення» як сукупності незалежних публічно-правових суб'єктів сфери медичного обслуговування населення, які наділені державно-владними повноваженнями, що реалізуються з метою надання медичних та інших публічних послуг задля забезпечення та збереження здоров'я людини. Сформульовано основні ознаки публічної адміністрації у сфері медичного обслуговування населення. Разом з тим класифіковані суб'єкти публічної адміністрації у сфері медичного обслуговування населення згідно з їхніми повноваженнями у такі групи: а) суб'єкти із загальнопублічними повноваженнями б) суб'єкти із консультативно-дорадчими повноваженнями: в) суб'єкти із спеціалізовано публічними повноваженнями. Обґрунтована доцільність створення суб'єкта публічної адміністрації у сфері медичного обслуговування населення, а саме - Державної санітарно-епідеміологічної інспекції, основними повноваженнями якої буде формування державної політики у сфері забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення в країні та здійснення контрольних-наглядових функцій щодо її реалізації.

7. На зразок міжнародної системи медичного обслуговування населення запропоновано авторську класифікацію, яка виокремлює бюджетну систему медичного обслуговування населення (характерну для Великобританії,

Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канаді, Австралії, Греції, Грузії); приватну систему медичного обслуговування населення (характерну для США); страхову систему медичного обслуговування населення (характерну для Японії) та змішану систему медичного обслуговування населення (характерну для Австралії, Франції, Нідерландів).

8. Аргументовані та охарактеризовані основні напрямки ефективності публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, якими є: 1) діджиталізація у сфері медичного обслуговування населення; 2) розвиток навчальної та науково-дослідної роботи під час підготовки фахівців у сфері медичного обслуговування населення; 3) удосконалення належного фінансування сфери медичного обслуговування населення; 4) впровадження якісної кадрової політики у сфері медичного обслуговування населення; 5) покращення санітарного та епідемічного благополуччя населення; 6) розвиток сфери трансплантології. Разом з тим визначено їхні особливості. Відповідно до представленої класифікації доведена необхідність запровадження Єдиного реєстру трансплантології, який включатиме в себе такі дані: 1) донорів або уповноважених осіб, які надали згоду на пересадку органів особисто, або, при потребі, їх родичів; 2) реєстр медичних закладів, які ліцензовані на проведення трансплантології; 3) реєстр фахівців-трансплантологів; 4) реєстр договорів про проведення трансплантації; 5) реєстр сумісності органів та анатомічних частин; 6) реєстр осіб із пересадженими органами та анатомічними матеріалами; 7) реєстр посттрансплантаційних ускладнень та смертей донорів та реципієнтів тощо. Разом з тим запропоновано затвердити Концепцію впровадження електронного медичного обслуговування населення.

З метою удосконалення нормативно-правового врегулювання сфери медичного обслуговування населення запропоновано внести такі зміни та доповнення до чинного законодавства:

доповнити пунктом 4-1 ст.2 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» власною авторською дефініцією «послуга з медичного обслуговування населення – це послуга, яка надається пацієнту суб'єктом публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я

(юридичною та фізичною особою), який має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також іншої господарської діяльності, що не обмежуються медичною допомогою, тобто інші соціальні та адміністративні послуги, не включаючи медичної допомоги;

доповнити пунктом 16 ст.3 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» таким визначенням: «медична послуга – це послуга, яка надається пацієнту суб'єктом публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я (юридичною та фізичною особою), який має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності з лише з медичної практики».

ст. 20 Закону України «Про Кабінет Міністрів України» доповнити таким чином: «забезпечення реалізації державної політики та державних програм у сфері медичного обслуговування населення».

п. 1 Положення про Міністерство охорони здоров'я необхідно доповнити п.п. 7 такого змісту: «реалізовувати державну політику щодо розвитку страхового медичного обслуговування населення».

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Клименко О. В., Патратій О. В. Історія розвитку правового регулювання фінансування медичних послуг на теренах України (дорадянський період). Прикарпатський юридичний вісник. Випуск 4 (25). Том 1. 2018. С. 16-20.
2. Сятиня В. А. Наукове обґрунтування форм та методів інформаційно-рекламної діяльності при просуванні ліків на фармацевтичному ринку України : дис. ... канд. фарм. наук : 15.00.01. Київ, 2009. 141 с.
3. Сятиня М. Л. Історія фармації / відповід. ред. О. П. Реєнт. Львів: Вид-во «Місіонер», 2001. 660 с.
4. Бородулин Ф. Р. История медицины. Избранные лекции. М. : МЕДГИЗ, 1961. 254 с.
5. Papyrus Ebers: das älteste Buch über Heilkunde. aus dem Aegyptischen zum erstenmal vollständig übersetzt, Georg Reimer, Berlin 1890. 135 p.
6. Медицина на теренах України в родово-племінні часи. Медицина скіфів. Впливи античної медицини й медицини Сходу на народну медицину України. URL: <https://studfiles.net/preview/3882918/page:22/> (дата звернення 01.02.2021).
7. Стрельченко О.Г. Публічне адміністрування у сфері обігу лікарських засобів : дис. ... докт. юрид. наук : 12.00.07. Дніпро, 2019. 529 с.
8. Джерела по історії первісної ери і лікування. Студопедия. URL: <https://studopedia.info>
9. Медицина Київської Русі та місце в ній народної медицини. URL: <http://studfile.net/preview/4531721/page:12/> (дата звернення 01.02.2021).
10. Монастирська медицина Київської Русі/ URL: [https://studopedia.ru/9\\_198918\\_monastirska-meditsina-kiiivskoi-rusi.html](https://studopedia.ru/9_198918_monastirska-meditsina-kiiivskoi-rusi.html) (дата звернення 01.02.2021).
11. Драч О. О., Борисенко Н. М. Історія медицини і фармації (від найдавніших часів до середини XVII ст.): навчальний посібник Черкаси : Чабаненко Ю. А., 2018. 244 с.



23. Концепція розвитку фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я України на 2011 – 2020 рр. : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 вересня 2010 р. № 769. / Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0769282-10> (дата звернення 01.02.2021).

24. Про забезпечення доступності лікарських засобів : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152. / Кабінет Міністрів України. *Офіційний вісник України*. 2017. № 26. С. 75. Ст. 749.

25. Незабаром лікарі-ФОП зможуть виписувати рецепти за програмою «Доступні ліки». URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/nezabarom-likari-for-zmozhut-vipisuvati-recepti-za-programoyu-dostupni-lik> (дата звернення: 01.02.2021).

26. Виноградов О.В., Губський О.І., Сердюк В.Г. [та ін.] Здоров'я нації – найбільша суспільна цінність. *Здоров'я України : медичний портал*. 2015. URL: <http://health-ua.com/articles/1041.html>. (дата звернення: 01.02.2021).

27. Буковинська М.П. Здоров'я населення як соціальний аспект філософії організації. *Моделювання регіональної економіки. Прикарпатський національний університет ім. Василя Стефаника*. 2012. № 1 (19). С. 118–127. URL: <http://dspace.nuft.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/5182/1/96.pdf> (дата звернення: 01.02.2021).

28. Костицький В. В. Здоров'я – найбільший і найдорожчий скарб людини, подбаймо про нього! URL: <http://www.moral.gov.ua/news/858/>. (дата звернення: 01.02.2021).

29. Основи законодавства про охорону здоров'я України : Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ // Верховна Рада України. Відомості Верховної Ради України. № 4. Ст.19.

30. Губський С.М., Іншин М.І, Міроненко Т.Є та ін. Комплексний порівняльно-правовий аналіз відповідності законодавства України законодавству ЄС у сфері охорони здоров'я людей, тварин, рослин. 2006. 439 с. URL: <https://old.minjust.gov.ua/file/23469.docx> (дата звернення: 01.02.2021).

31. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс] : прийняття 22 липня 1946 р. : *Основные документы, сорок первое издание. Всемирная организация здравоохранения*. Женева 1998. URL: [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995\\_599](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_599) (дата звернення: 01.02.2021).

32. Семигіна Т.В. Здоров'я в сучасному науковому та політичному дискурсі. URL: <http://www.ekmair.ukma.kiev.ua/bitstream/123456789/1178/1>. (дата звернення: 01.02.2021).

33. Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: генезис, тенденції та закономірності розвитку : монографія. К. : Вид-во НАДУ, 2007. 368 с.

34. Ларионова И.С. Здоровье современного человека как ценность. Человек будущего : конференция в 3 т. Университет критериально-системных знаний Портала духовных концепций ; Геннадий Мирошниченко (Г. Мир). Т. 1: Доклады. URL: <http://genmir.ru/b/dok/lar2.htm> (дата звернення: 01.02.2021).

35. Фролов В.А. Здоровье. Большая медицинская энциклопедия / гл. ред. акад. Б.В. Петровский Т. 8. Москва : Из-во «Советская энциклопедия», 1978. 1356 с.

36. Сенюта І.Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я: монографія. Львів: Астролябія, 2007. 224 с.

37. Avery M. Health Care and Public Policy: an Australian analysis. *Asia Pacific Journal of Health Management*. 2010. P. 68–69.

38. Palmer G., Short S. Health care and health policy. 4th edition. South Yarra : Palgrave Macmillan, 2010. 410 p. URL: [http://sydney.edu.au/health-sciences/healthgov/conference\\_papers/HCPP\\_Book%20review.pdf](http://sydney.edu.au/health-sciences/healthgov/conference_papers/HCPP_Book%20review.pdf) (дата звернення: 01.02.2021).

39. Грот В. Інвестування в охорону здоров'я [Електронний ресурс]: Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2004. 46 с. URL: <http://www.ekmair.ukma.kiev.ua/bitstream/123456789/3093/3/Groot.pdf> (дата звернення: 01.02.2021).

40. Громадяни впевнені, що якість медичної допомоги залежить від професійності й сумлінності лікарів - Урядовий контактний центр

URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2169595-gromadani-vpevneni-soakist-medicnoi-dopomogi-zalezit-vid-profesijnosti-j-sumlinnosti-likariv-uradovij-kontaktnij-centr.html> (дата звернення: 01.02.2021).

41. Обслуговування Матеріал з Вікісловника URL: <https://uk.wiktionary.org/wiki/> (дата звернення: 01.02.2021).

42. Словник української мови. Академічний тлумачний словник (1970-1980) URL: <http://sum.in.ua/s/obslughovuvaty> (дата звернення: 01.02.2021).

43. Про затвердження правил побутового обслуговування населення : Постанова Кабінету Міністрів України від 16 травня 1994 р. № 313 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/313-94-%D0%BF> (дата звернення: 01.02.2021).

44. Організація обслуговування населення URL: [https://studopedia.com.ua/1\\_310710\\_organizatsiya-obslugovuvannya-naselennya.html](https://studopedia.com.ua/1_310710_organizatsiya-obslugovuvannya-naselennya.html) (дата звернення: 01.02.2021).

45. Словник іншомовних слів. URL: <https://www.jnsm.com.ua/cgi-bin/u/book/sis.pl?Qry=%EE%E1%F1%EB%F3%E3%EE%E2%F3%E2%E0%ED%ED%FF&found=27&action=search> (дата звернення: 01.02.2021).

46. Запотоцька О.В. Публічне адміністрування у сфері безпеки та якості харчової продукції : дис. ... д.ю.н. 12.00.07. Київ, 2019. URL: <https://dduvs.in.ua/wp-content/uploads/files/Structure/science/rada/dissertations/26/5.pdf> (дата звернення: 01.02.2021).

47. Про організацію медичного обслуговування населення в Україні Законопроект. URL: <https://www.apteka.ua/article/426436?print> (дата звернення: 01.02.2021).

48. Медична допомога : Матеріал із Вільної енциклопедії Вікіпедії. URL: (дата звернення: 01.02.2021).

49. Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955 / Кабінет Міністрів України. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/955-2002-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

50. Берназ-Лукавецька О. Медичні послуги в Україні. URL: <http://jurist-blog.com.ua/medichni-poslugi.html> (дата звернення: 01.02.2021).

51. Усачов Є.І. До проблеми визначення поняття та ознак медичних послуг. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «ПРАВО»*. 2017. Випуск 43. Том 4. с. 297-301. URL: [http://www.visnyk-juris.uzhnu.uz.ua/file/No.43/part\\_4/73.pdf](http://www.visnyk-juris.uzhnu.uz.ua/file/No.43/part_4/73.pdf)

52. Антонов С. Правова регламентація надання медичних послуг. *Управління закладами охорони здоров'я*. 2009. № 2. С. 19–23.

53. Право на медичну допомогу та його здійснення : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.03. Харків, 2007. 16 с.

54. Тихомиров А. Медицинская услуга. Правовые аспекты. Москва : Информационно-издательский дом «Филинь», 1996. 352 с.

55. Венедіктова І.В. Правова природа медичних послуг. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2014. № 5. С. 44-48

56. Щербаченко Л.В. Особливості надання платних медичних послуг у сучасних умовах. *Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право)*. 2010. № 1(48). С. 168–173.

57. Шевчук С.С. Правовое регулирование возмездного оказания медицинских услуг: реалии и перспективы. Ставрополь : Сев-Кав. ГТУ ; Ставрополь сервис школа, 2001. 232 с.

58. Венедіктова І.В. Щодо перспектив детермінації послуг. *Проблеми цивільного права та процесу* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяченій пам'яті професора О.А. Пушкіна. Харків, 2009. С. 49-51.

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

60. Каминская Т.М. Рынок медицинских услуг : опыт теоретико-институционального анализа. Харьков: ИПП «Контраст», 2006. 296 с.

61. Усачов Є.І. До проблеми визначення поняття та ознак медичних послуг. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «ПРАВО»*, 2017. Випуск 43. Том 4. с. 297-301.

62. Тихомиров А. Медицинское право : практическое пособие. М., 1998. 418 с.

63. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах : Постанова Кабінет Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF>

64. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. С. 9–14.

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

66. Про затвердження Державної стратегії реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на період до 2025 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 5 грудня 2018 р. № 1022 / Кабінет Міністрів України. *Офіційний вісник України*. 2018. № 98. С. 322. Ст. 3240.

67. Конституції України : Закон України від 28 червня 1996 року. № 254к/96-ВР / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. № 30. Ст. 141.

68. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закону України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради*. 2018. № 5. Ст. 31.

69. Про засади державної політики охорони здоров'я : Проект Закону України от 17 липня 2015 р. № 2409. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/JH1UX68C.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JH1UX68C.html)

70. Сидоренко К.О. Адміністративно-правове регулювання волонтерської діяльності в Україні : дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2013. 234 с.

71. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. К.: Ірпінь: ВТФ «Перун», 2011. 1836 с.
72. Про Товариство Червоного Хреста України : Закон України від 28 листопада 2002 року № 330-IV / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/330-15/print> (дата звернення: 02.02.2021).
73. Валевський О.Л. Державна політика в Україні : методологія аналізу, стратегія, механізми впровадження : монографія. Київ : НІСД, 2001. 242 с.
74. Вебер М.К. Соціологія. Загальноісторичні аналізи. Політика. Київ: Основа, 1998. 534 с.
75. Козырева А.Д., Василик М.А., Вершинин М.С. Политология : словарь-справочник. Москва: Гардараки, 2000. 328 с.
76. Оболонський О.А. Теорія системного підходу в державному управлінні. *Вісник української академії державного управління при Президентіві України*. 1996. № 3. С. 37-43.
77. Манхейм К. Диагноз нашего времени. Москва: Юрист, 1994. 700 с.
78. Стрельченко О.Г. Адміністративно-правова характеристика державної політики у сфері обігу лікарських засобів *Безпека на дорозі* : матеріали кругл. столу (в авторській редакції), (м. Кривий Ріг, 24 травня 2018 р.). Кривий Ріг, 2018. С. 152-154
79. Стрельченко О.Г. Гармонізація національних лікарських політик відповідно з Європейськими стандартами *Journal World Sciencer. Multidisciplinary Scientific Edition*. 3 (31), Vol. 4, March 2018. С. 21-24.
80. Пал Л.А. Аналіз державної політики / пер. з англ. І. Дзюб. К. : Основи, 1999. 422 с.
81. Тихомиров Ю. А. Курс сравнительного правоведения. Москва: Норма, 1996. 432 с.
82. Андріяш В. І. Державна політика: концептуальні аспекти визначення. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=626>
83. Leslie A. Pal Parameters of Power: Canada's Political Institutions, co-authored with Keith Archer, Roger Gibbins, Rainer Knopff. Toronto: Nelson, 1995. 234 p.

84. Романов В. Є., Рудік О. М., Брус Т. М. Вступ до аналізу державної політики: навч. посіб. Київ, Основи, 2001. 114 с.

85. Стрельченко О.Г. Регулювання сфери обігу лікарських засобів в Україні: адміністративно-правове дослідження : монографія. Київ : Видавничий центр «Кафедра», 2019. 400 с.

86. Новакова О.В., Пашина Н. П. Аналіз державної політики : навчальний посібник. Луганськ. 2013. с. 262.

87. Авраменко Н.В. Вплив світової економіки на розвиток державної політики сфери охорони здоров'я. *Державне регулювання процесів економічного і соціального розвитку. Теорія та практика державного управління*. Вип 3 (26). 2009. С. 1-9.

88. Кульгінський Є. Пріоритетні напрями державної політики збереження громадського здоров'я України. *Механізми державного управління. Державне управління та місцеве самоврядування*. 2016. Вип. 3 (30). С. 84-91.

89. Князевич В.М.; Радиш Я.Ф.; Васюк Н.О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я як організаційно-нормативна система владних дій та управлінських рішень. *Інвестиції: практика та досвід № 7/2015*. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/7\\_2015/23.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2015/23.pdf) (дата звернення: 01.02.2021).

90. Білинська М.М., Авраменко Т.П. Управління змінами сфери охорони здоров'я. Київ : Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, 2015. 80 с.

91. Солоненко Н., Солоненко І. Міжнародні тенденції державної політики та управління реформуванням у галузі охорони здоров'я. *Вісник УАДУ*. 2001. № 1. С. 187–194.

92. Пояснювальна записка до Законопроекту «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні» URL: <https://www.apteka.ua/article/426436?print>

93. Медична реформа: 2019 рік має бути переламним для усієї галузі URL: <https://www.umj.com.ua/article/135044/medichna-reforma-2019-rik-maye-buti-perelamnim-dlya-usiyeyi-galuzi> (дата звернення: 01.02.2021).

94. Гомон Д.О. Сутність адміністративно-правового забезпечення охорони здоров'я. *Південноукраїнський правничий часопис*. № 1. 2015. С. 66-67.
95. Ширшова В.М. Завдання вдосконалення державного регулювання у сфері фармацевтичної діяльності в Україні. *Адміністративне право і процес*. № 1 2016. С. 116-123.
96. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: монографія. Київ : Книга плюс, 2008. 320 с.
97. Ілляшенко С.М. Маркетингова товарна політика : підручник. Суми: ВТД «Університетська книга», 2005. 234 с.
98. Пшенична Т.М. Маркетингове забезпечення якості товарів в умовах СОТ: автореф. дис. ... канд. екон. наук: 08.00.04. Київ, 2014. 20 с.
99. Орзих М.Ф. Личность и право : монография. Одесса: Юридическая литература, 2005. 312 с.
100. Мельничук О.С. Словник іншомовних слів. Київ, 1974. 776 с.
101. Великий тлумачний словник сучасної української мови / гол. ред. В.Т. Бусел, М.Д. Василега-Дерибас, О.В. Дмитрієв, Г.В. Латник, Г.В. Степенко. Київ; Ірпінь: Перун, 2005. 1728 с.
102. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь : ВТФ «Перун», 2004. 1140 с.
103. Грицанов А.А. Новейший философский словарь. Минск: Изд. В.М. Скакун, 1998. 896 с.
104. Юридична енциклопедія: в 6 т. / ред. кол.: Ю.С. Шемшученко (голова ред. кол.) та ін. Київ: Укр. енциклопед. ім. М. П. Бажана, 2001. Т. 3. 792 с.
105. Юридичний словник-довідник / за ред. Ю.С. Шемшученка. Київ: Феміна, 1996. 696 с.
106. Гончаренко В.Г., Андрушко П.П., Базова Т.П. Юридичні терміни: тлумачний словник / за ред. В.Г. Гончаренко. Київ: Либідь, 2003. 320 с.

107. Головін А.П. Адміністративно-правове регулювання діяльності міліції громадської безпеки : дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2004. 217 с.
108. Ткаченко Ю.Г. Методологические вопросы теории правоотношений. Москва: «Посвящение», 1980. 269 с.
109. Скакун О. Ф. Теорія держави і права : підручник. Харків: Консум, 2001. 656 с.
110. Назарчук Т.В., Косіюк О.М. Менеджмент організацій : навчальний посібник. Київ: «Центр учбової літератури». 2015. 560 с.
111. Друк В.В. Особливості політики держави у сфері гірського туризму. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2012. №5. URL: [http://tourlib.net/statti\\_ukr/druk2.htm](http://tourlib.net/statti_ukr/druk2.htm) (дата звернення: 01.02.2021).
112. Ларіна Р.Р., Владзимирський А.В., Балусєва О.В. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я : монографія / під заг. ред. В.В. Дорофієнко. Донецьк: ТОВ «Цифровая типография», 2008. 252 с.
113. Харічкова С.К. та Дорошук Г.А. Менеджмент організацій і адміністрування : навчальний посібник для підготовки до державного іспиту на ступінь магістра. Одеса : Освіта України, 2015. 443 с.
114. Про структуру і зміст спеціальності «публічне управління й адміністрування». URL: <http://political-studies.com/?p=1539> (дата звернення: 01.02.2021).
115. Дзюндзюк В.Б., Мельтюхова Н.М., Фоміцька Н.В. Публічне адміністрування в Україні / за заг. ред. д-ра ф. наук, проф. В.В. Корженка, к.е.н., доц. Н.М. Мельтюхової. Навчальний посібник. Харків: Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2011. 306 с.
116. Школик А. М. Порівняльне адміністративне право. Львів : ЗУКЦ, 2007. 308 с.
117. Кузьменко О.В. Курс адміністративного права України : підручник. Київ : Юрінком Інтер, 2018. 820 с.

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

119. Шатило О.А. Опорний конспект лекцій з дисципліни «Публічне адміністрування» (для студентів спеціальностей «Менеджмент організацій і адміністрування» та «Менеджмент зовнішньоекономічної діяльності»). Житомир : Кафедра менеджменту організацій і адміністрування ЖДТУ, 2014. 51 с.

120. Амосов О., Гавкалова Н. Публічне адміністрування в Україні: зв'язок з архетипами та пріоритети розвитку. *Публічне управління: теорія та практика*. Харків: «ДокНаукДержУпр», 2014. № 2 (18). С.713.

121. Семенчук Т.Б. Сутність категорії «публічне адміністрування» та передумови її формування. *Вісник економіки транспорту і промисловості*. 2013. Вип. 42. С. 385–390.

122. Коваленко В.В. Курс адміністративного права. URL: <http://westudents.com.ua/glavy/64423-rozdl-1-publchne-admnstruvannya-vekonomchny-sfer.html> (дата звернення: 01.02.2021).

123. Ісаєнко І.А. Європейські підходи до функціонування механізмів публічного управління. *Інвестиції: практика та досвід*. 2012. № 5. С. 114117.

124. Коломоєць Т.О. Адміністративне судочинство України: підручник / за заг. ред. Т.О. Коломоєць. Київ: Істина, 2008. 216 с.

125. Дзюндзюк В.Б., Коротич О.Б., Мельтюхова Н.М. та ін. Публічне адміністрування в Україні : навчальний посібник ; за заг. ред. д.філос.н., проф. В. В. Корженка, к.е.н., доц. Н. М. Мельтюхової. Харків : Вид-во ХарРІНАДУ «Магістр», 2012. 256 с.

126. Коломоєць Т.О. Адміністративне право України. Академічний курс : підручник. Київ : Юрінком інтер, 2011. 576 с.

127. Сукманова О.В. Елементи адміністративно-правового механізму публічного адміністрування охорони права власності в Україні. *Порівняльно-аналітичне право*. № 6. 2018. С. 337-339

128. Адміністративно-правове регулювання управління в галузі охорони здоров'я. URL: <https://studfile.net/preview/5776731/page:23/> (дата звернення: 01.02.2021).

129. Паровишник О.В. До питання правового регулювання фармацевтичної діяльності в Україні. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «ПРАВО»*. 2018. Вип. 49. Т. 2. С. 69-72.

130. Мордань О.О. Нормативно-правове забезпечення соціального захисту посиротілих дітей: проблеми та напрями вдосконалення. *Державне управління: теорія та практика*. 2012. № 2. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej16/txts/12MOOPNV.pdf>. (дата звернення: 01.02.2021).

131. Колпаков В.К. Адміністративне право України. Київ: Юрінком Інтер, 1999. 736 с.

132. Бахрах Д.Н. Административное право. Москва: БЕК, 1997. 335 с.

133. Малеина М.И. Человек и медицина в современном праве. Москва: БЕК, 1995. 260 с.

134. Карташкин В.А. Международная защита прав человека. Москва : Международные отношения, 1976. 224 с.

135. Сенюта І.Я. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я. *Вісник Львівського університету. Серія юридична*. 2004. Вип. 40. С. 24-36.

136. Стефанчук Р.О., Янчук А.О., Стефанчук М.М., Стефанчук М.О. Проведення в Україні кодифікації медичного законодавства: до питання постановки проблеми. *Патологія*. Том 15, № 2(43). 2018. С. 242-247.

137. Методики оказания социально-психологической помощи семье и детям / под ред. Н.Г. Осуховой. Москва: Просвещение, 2002. 144 с.

138. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02 березня 2015 р. № 222-VIII / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2015. № 23. С. 158. Ст. 1234.

139. Про цілі сталого розвитку України на період до 2030 року : Указ Президента України від 30 вересня 2019 року № 722/2019 / Президент України. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/7222019-29825> (дата звернення: 01.02.2021).

140. Стратегія сталого розвитку України – 2020 : Указ Президента України від 15 січня 2015 року № 5/2015 / Президент України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015> (дата звернення: 01.02.2021).

141. Концепція системи менеджменту якості в медичних лабораторіях України відповідно до вимог міжнародних стандартів : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 жовтня 2015 р. за № 644 / Міністерство охорони здоров'я України. URL: <http://consultant.parus.ua/?doc=09UKWF5646> (дата звернення: 01.02.2021).

142. Про забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами: Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 25 травня 2012 року / Рада національної безпеки і оборони України. *Офіційний вісник України*. 2012 р. № 67. С. 15. Ст. 2727.

143. Про забезпечення доступності лікарських засобів : Постанова Кабінет Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152 / Кабінет Міністрів України *Офіційний вісник України*. 2017. № 26. С. 75. Ст. 124.

144. Про вдосконалення державного контролю за якістю та безпекою продуктів харчування, лікарських засобів та виробів медичного призначення : Указ Президента України від 01 лютого 1999 р. / Президент України. *Офіційний вісник України*. 1999. № 5. С. 26. Ст. 158.

145. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

146. План заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 р.: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 р. № 821-р / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/821-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

147. Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 року № 211 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/211-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

148. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

149. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я Постанова Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

150. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 / Кабінет Міністрів України / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/410-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

151. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 / Кабінет Міністрів України / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

152. Про затвердження методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

153. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf> (дата звернення: 01.02.2021).

154. Про затвердження Положення про клінічний заклад охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 червня 1997 р. № 174 / Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0245-97#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

155. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 р. № 504 / Міністерство охорони здоров'я України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18> (дата звернення: 01.02.2021).

156. Цивільний кодекс України : Закон України від 16 січня 2003 р. № 435-IV / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 40-44. ст. 356.

157. Про захист прав споживачів : Закон України від 12 травня 1991 року № 1023-XII / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради УРСР*. 1991. № 30. ст. 379.

158. Про звернення громадян : Закон України від 2 жовтня 1996 року № 393/96-ВР / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 47. ст. 256.

159. Про страхування : Закон України від 7 березня 1996 року № 85/96-ВР / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 18. ст. 78.

160. Международный кодекс медицинской этики. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990\\_002#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_002#Text) (дата звернення: 01.02.2021).

161. Лісабонська декларація щодо прав пацієнтів. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990\\_016#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_016#Text)

162. Європейська хартія прав пацієнтів. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/hartia.pdf> (дата звернення: 01.02.2021).

163. Національна стратегія у сфері прав людини : Указ Президента України від 25 серпня 2015 р. № 501/2015 / Президент України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/501/2015#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

164. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 / Президент України URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

165. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : Постанова Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2001 р. № 9 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/960-2001-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

166. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 серпня 2017 р. № 560-р / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/560-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

167. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

168. Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1119 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1119-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

169. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році : Постанова Кабінету Міністрів України від 05 лютого 2020 р. № 65 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1119-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

170. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення : Постанова Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2019 р. № 1086 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1086-2019-%D0%BF#Text>(дата звернення: 01.02.2021).

171. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 р. № 503. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18> (дата звернення: 01.02.2021).

172. Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2018 р. № 148 / Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-26012018--148-pro-zatverdzhennja-primirnogo-tabelja-materialno-tehnichnogo-osnaschennja-zakladiv-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja-ta-fizichnih-osib-%e2%80%93-pidpriemciv-jaki-nadajut-pervinnu-medichnu-dopomogu> (дата звернення: 01.02.2021).

173. Деякі питання договорів медичного обслуговування населення : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1073 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-26012018--148-pro-zatverdzhennja-primirnogo-tabelja-materialno-tehnichnogo-osnaschennja-zakladiv-ohoroni->

zdorov%e2%80%99ja-ta-fizichnih-osib-%e2%80%93-pidpriemciv-jaki-nadajut-pervinnu-medichnu-dopomogu (дата звернення: 01.02.2021).

174. Про затвердження Методики розрахунку тарифів : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 грудня 2019 р. № 2559 Міністерства охорони здоров'я України / Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1270-19#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

175. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України від 24 лютого 1994 р. № 4004-XII / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 1994. № 27. Ст. 218.

176. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22 лютого 2000 року № 1489-III / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 19. Ст.143.

177. Про донорство крові та її компонентів : Закон України від 23 червня 1995 року № 239/95-ВР / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 1995. № 23. Ст. 183.

178. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині : Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 28. Ст.232.

179. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними : Закон України від 15 лютого 1995 року № 62/95-ВР / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 1995. № 10. Ст. 62.

180. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори : Закон України від 15 лютого 1995 року № 60/95-ВР / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 1995. № 10. Ст. 60.

181. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645-III / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 29. Ст. 228.

182. Про лікарські засоби : Закони України від від 04 квітня 1996 р. № 123/96-ВР. / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 01.02.2021).

183. Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів : Закон України від 23 грудня 1997 року № 771/97-ВР/ Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 1998. № 19. Ст. 98.

184. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ : Закон України від 12 грудня 1991 р. № 1972-XII / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 11. Ст. 152.

185. Про протидію захворюванню на туберкульоз : Закон України від 5 липня 2001 р. № 2586-III / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2001. № 49. Ст. 258.

186. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення : Закон України 22 вересня 2005 р. № 2899-IV / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2005. № 52. Ст. 565.

187. Про охорону дитинства : Закон України від 26 квітня 2001 р. № 2402-III / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2001. № 30. Ст. 142.

188. Про курорти : Закон України від 5 жовтня 2000 р. № 2026-III / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 50. Ст. 435.

189. Про імплантацію електрокардіостимуляторів : Закон України від 14 вересня 2000 р. № 1950-III / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 43. Ст. 369.

190. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 р. «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» : Указ Президента України від 9 лютого 2016 р. № 42/2016 / Президент України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

191. Кодекс України про адміністративні правопорушення : Закон України від Кодекс від 07 грудня 1984 р. № 8073-X / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради Української РСР*. 1984. дод. до № 51. Ст.1122.

192. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування : Закон України від 28 грудня 2014 р. № 77-VIII/ Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2015. № 11. ст. 75.

193. Про судову практику у справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди : Постанова Пленуму Верховного Суду України від 25 травня 2001 р. № 5 / Верховний Суд України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0004700-95#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

194. Про практику розгляду цивільних справ за позовами про захист прав споживачів : Постанова Пленуму Верховного Суду України від 12 квітня 1996 р. № 5 / Верховний Суд України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0005700-96#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

195. Про судову практику у справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди : Постанова Пленуму Верховного Суду України від 31 березня 1995 р. № 4. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0004700-95#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

196. Порівняльна таблиця до проекту Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» № 6327. URL: <http://komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/30260.pdf> (дата звернення: 01.02.2021).

197. Саробаєва Г.М. Адміністративно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я: телеологічний підхід та систематизація. *Jurnalul juridic național: teorie și practică*. 2018. № 1. Т. 2. С. 72–75. URL: [http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/1/part\\_2/16.pdf](http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/1/part_2/16.pdf) (дата звернення: 01.02.2021).

198. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році : Постанова Кабінету Міністрів України

від 5 лютого 2020 р. № 65 / Кабінет Міністрів України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

199. Порядок реімбурсації лікарських засобів : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/152-2017-%D0%BF#n12> (дата звернення: 01.02.2021).

200. Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення. Національний перелік основних лікарських засобів : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. № 333 / Кабінет Міністрів України. *Офіційний вісник України*. 2009 р. № 27. Ст. 906. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/0/3799-nacperelic\\_dodatok\\_web.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/3799-nacperelic_dodatok_web.pdf) (дата звернення: 01.02.2021).

201. Перелік міжнародних непатентованих назв лікарських засобів, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 17 березня 2017 р. № 152 / Кабінет Міністрів України. *Офіційний вісник України*. 2017 р. № 26. Ст. 749.

202. План заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 р. № 821-р. / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/821-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.02.2021)

203. Радиш Я.Ф., Лехан В.М., Крюков С.С. Державне управління охороною здоров'я в Україні: конституційно-правові засади. *Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2004. № 1. С. 165-168.

204. Коломоєць Т.О. Адміністративне право України. Академічний курс: підручник. К. : Юрінком Інтер, 2011. 576 с.

205. Сокурєнко В. В. Особливості стратегічного планування та цільового програмування в оборонній сфері України. *Право і Безпека*. 2017. № 2. С. 54-64. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pib\\_2017\\_2\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pib_2017_2_12)

206. Кодекс адміністративного судочинства : Закон України від 06 липня 2005 р. № 27474. Верховна Рада України. *Офіційний вісник України*. 2005. № 32. С. 56.

207. Курс лекцій з навчальної дисципліни «Адміністративне право». Національна академія внутрішніх справ. Київ 2016. URL: [https://www.naiu.kiev.ua/files/kafedru/app/lectures/admin-pravo/kurs\\_leks.doc](https://www.naiu.kiev.ua/files/kafedru/app/lectures/admin-pravo/kurs_leks.doc)

208. Каменська Н.В. Публічна адміністрація: логіко-методологічний аналіз дефініції. Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. 2014. № 6. С. 29-32. URL : <https://instzak.com/index.php/journal/article/download/485/535>; [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzizvru\\_2014\\_6\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzizvru_2014_6_8) (дата звернення: 01.02.2021)

209. Патерило І.В. До розуміння сутності та змісту категорії «публічна адміністрація». *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Сер.: Юриспруденція*. 2014. № 9-10. С. 83-85.

210. Стрельченко О.Г. Доктринальна характеристика адміністративної відповідальності за порушення норм (правил) у сфері обігу лікарських засобів. *Адміністративне право і процес*. 2019. № 3. URL: <http://pgr-journal.kiev.ua/archive/2019/3/34.pdf> (дата звернення: 01.02.2021).

211. Стрельченко О.Г. Суб'єкти публічного адміністрування сфери охорони здоров'я. *Юридичний часопис НАВС*. 2011. № 2. С. 11-16.

212. Стрельченко О.Г. Центральні органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я як суб'єкти публічного адміністрування. *Наука і правоохорона*. 2012. № 2. С. 171-177.

213. Стрельченко О.Г. Доктринальна характеристика суб'єктів публічного адміністрування у сфері обігу лікарських засобів. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2019. № 1 (20). С. 7-13.

214. Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини : Закон України від 23 грудня 1997 р. / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <https://ngu.gov.ua/ua/pro-upovnovazhenogo-verhovnoyi-rady-ukrayiny-z-prav-lyudyny> (дата звернення: 01.02.2021).

215. Про Раду національної безпеки і оборони України : Закон України від 5 березня 1998 р. / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 1998. № 35. Ст. 237.

216. Стрельченко О.Г. Суб'єкти публічного адміністрування сфери охорони здоров'я. Державотворення та правотворення в період реформ: питання теорії та практики : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. м. Київ, 19-20 квітня 2012 р. Київ: НАВС. 2012. С. 5-6.

217. Деякі питання Ради громадського контролю при Національній службі здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 271. Урядовий кур'єр. 2018. № 74 / Кабінет Міністрів України. *Офіційний вісник України*. 2018. № 33. С. 43. Ст. 1153.

218. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27 лютого 2014 р. № 794-VII / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2014. № 13, С. 222. Ст. 1546.

219. Про Раду міністрів Автономної Республіки Крим: Закон України від 16 червня 2011 р. № 3530-VI / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2012. № 23. С. 3. Ст. 1355.

220. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27 лютого 2014 р. № 794-VII / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2014. № 13, С. 222. Ст. 1546.

221. Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 / Кабінет Міністрів України. *Офіційний вісник України*. 2015 р. № 38. С. 86. Ст. 1243.

222. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

223. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/TM058161> (дата звернення: 01.02.2021).

224. Положення про Міжвідомчу координаційну раду при Міністерстві охорони здоров'я з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 22 березня 2000 р. № 536 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/536-2000-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

225. Про затвердження Положення про колегію Міністерства охорони здоров'я України : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 грудня 2003 р. № 567 / Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0567282-03>. (дата звернення: 01.02.2021).

226. Положення про клініко-експертну комісію Міністерства охорони здоров'я України : Наказ Міністерства охорони здоров'я України 05 лютого 2016 року № 69 / Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/polozhennja-pro-ministriv> (дата звернення: 01.02.2021).

227. Положення про медичну раду закладу охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України 05 лютого 2016 р. № 69 / Міністерство охорони здоров'я України. *Офіційний вісник України*. 2016 р. № 23. С. 299. Ст. 1245.

228. Положення про Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2007 р. № 926 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/85872701> (дата звернення: 01.02.2021).

229. Про Концепцію Загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу: Закон України від 21 листопада 2002 року № 228-IV / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 3. Ст. 12.

230. Беліченко А.В. Державне регулювання забезпечення населення лікарськими засобами : дис. ... канд.. юрид. Наук : 25.00.02. Київ, 2010. 213 с.

231. Financing British health care. *The Economist*. 2005. August, 18. URL: <http://www.economist.com>

232. Горін В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах: висновки для України. *Світ фінансів*. 2014. № 1. С. 195–204.

233. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах. *Островок здоровья*. URL: [http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m\\_03\\_](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_03_)

234. Roberts A., Marshall L., Charlesworth A. 10 A decade of austerity? The funding pressures facing the NHS from 2010/11 to 2021/22: Research summary. London: The Nuffield Trust, 2012. 16 p.

235. Бортник М.П., Янчак Я.О. Зарубіжний досвід надання медичних послуг у країнах з різними моделями фінансування охорони здоров'я. *Scientific Notes of Lviv University of Business and Law*, 2019, С. 168-173. URL: <https://nzlubp.org.ua/index.php/journal/article/view/67/65> (дата звернення: 01.02.2021).

236. Bourne R. NHS Liberation. Socialist health association. 2013. URL: <http://www.sochealth.co.uk/2013/11/11/nhs-liberation/> (дата звернення: 01.02.2021).

237. Are personal budgets really the best way to personalise health care? URL: <http://www.kingsfund.org.uk/blog/2011/11/are-personal-budgets-really-bestway-personalise-health-care>. (дата звернення: 01.02.2021).

238. Кокшаров А. Поздно поворачивать обратно. *Эксперт*. 2012. № 6 (789). URL: <http://expert.ru/expert/2012/06/pozdno-povorachivat-obratno>

239. Хелм Т., Кэмпбэл Д. Врачи протестуют против «тихой» приватизации здравоохранения Великобритании. *INFO форум*. 2013. № 8. URL: [http://www.inoforum.ru/inostrannaya\\_pressa/vrachi\\_protestayut\\_protiv\\_tihoj\\_privatizacii\\_sistemy\\_zdravoohraneniya\\_velikobritanii/](http://www.inoforum.ru/inostrannaya_pressa/vrachi_protestayut_protiv_tihoj_privatizacii_sistemy_zdravoohraneniya_velikobritanii/). (дата звернення: 01.02.2021).

240. Хто платить за медичні послуги? Досвід США, Британії, Франції, Грузії та України. URL: <https://voxukraine.org/uk/hto-platit-za-medichni-poslugi-dosvid-ssha-britaniyi-frantsiyi-gruziyi-ta-ukrayini/> (дата звернення: 01.02.2021).

241. The U.S. Department of Health & Human Services: Health Care. URL: <https://www.hhs.gov/healthcare/index.html> (дата звернення 11.02.2020).

242. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. URL: [https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk\\_1-2\\_2020-43-52.pdf](https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf) (дата звернення: 01.02.2021).

243. Protection from high medical costs. URL: <https://www.healthcare.gov/why-coverage-is-important/protection-from-high-medical-costs/> (дата звернення: 11.02.2021).

244. The Official U.S. Government Site for Medicare URL: <https://www.medicare.gov/> (дата звернення 11.02.2020).

245. Medicaid – basic Health Program. URL: <https://www.medicaid.gov/> (дата звернення 11.02.2021).

246. Шевченко В.А. Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*. Випуск 6-2 (06). 2016. С. 9-13

247. National Health Insurance Act No. 192 of December 27, 1958. URL: <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?re=02&dn=1&x=0&y=0&co=1&ia=03&ja=04&yo=&gn=&sy=&ht=&no=&bu=&ta=&ky=constitution&page=22> (дата звернення 08.01.2021).

248. Japan Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 8 №. 1 2018. URL: [https://apps.searo.who.int/PDS\\_DOCS/B5390.pdf](https://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5390.pdf) (дата звернення 01.12.2021).

249. Characteristics of Japan's social security system Ministry of Health, Labour and Welfare. URL: [https://www.mhlw.go.jp/english/social\\_security/dl/social\\_security6-a.pdf](https://www.mhlw.go.jp/english/social_security/dl/social_security6-a.pdf) (дата звернення 11.02.2021).

250. About medical insurance in Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. URL: [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/iryouhoken/iryouhoken01/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/iryouhoken01/index.html) (дата звернення 11.02.2021).

251. Australian Government Department of Health. The Australian health system. URL: <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system> (дата звернення 11.02.2021).

252. Rijksoverheid. Zorgverzekering. URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering> (дата звернення 11.02.2021).

253. Rijksoverheid. Hoe is de zorgverzekering in Nederland geregeld? URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringsstelsel-in-nederland> (дата звернення 11.02.2021).

254. Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorgverzekeringen 2019. URL: [https://ruc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_289640\\_22/1/](https://ruc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289640_22/1/) (дата звернення 11.02.2021)

255. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. Відомості із сайту EEAS.EUROPA. 2016. URL: [http://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](http://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf) (дата звернення 01.02.2021).

256. Public Healthcare & Services in Finland. Information from the site EXPAT FINLAND. 2015. URL: [https://www.expats-finland.com/living\\_in\\_finland/public\\_healthcare.html](https://www.expats-finland.com/living_in_finland/public_healthcare.html) (дата звернення 01.02.2021).

257. Маркіна А.М. Адміністративно-правове регулювання надання медичних послуг в Україні : дис. ... на здоб. наук. ступ. к. ю. н. Київ, 2018. 237 с.

258. Шегедин Я. Шляхи удосконалення механізмів реалізації державної політики в галузі медсестринства на регіональному рівні. Ефективність державного управління. 2017. Вип. 4 (53). Ч. 1. С. 112-120.

259. Ключові проблеми у сфері охорони здоров'я та їх вирішення. URL: <https://buklib.net/books/35864/>

260. Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я України. URL: <http://oblzdrav.mk.gov.ua/index.php/publicna-informaciya/gromadski-obgovorennya/6220-kontseptsiya-pobudovi-novoji-natsionalnoji-sistemi-okhoroni-zdorov-ya-ukrajini> (дата звернення 01.02.2021).

261. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення 01.02.2021).

262. Медична освіта: яких змін очікувати найближчим часом. URL : <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2768549-medicna-osvita-akih-zmin-osikuvati-najblizcim-casom.html> (дата звернення 01.02.2021).

263. Горбань А.Є. Аналіз основних засобів наукової комунікації в інформаційному забезпеченні стратегії подолання ряду соціально небезпечних хвороб в Україні за 2008–2012 рр. Український медичний часопис, 2013. № 4 (96). С.162–166.

264. Фінансування закладів охорони здоров'я у 2020 році URL : <https://narkosumy.lic.org.ua/statti/finansuvannya-zakladiv-ohorony-zdorov-ya-u-2020-rotsi/> (дата звернення 01.02.2021).

265. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз, 2019. URL : <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf> (дата звернення 01.02.2021).

266. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади : Постанова Кабінету Міністрів України № 442 від 10 вересня 2014 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/442-2014-%D0%BF#Text> (дата звернення 01.02.2021).

267. Питання сучасного підходу до контролю за дотриманням санітарного та епідеміологічного благополуччя населення та заходів, спрямованих на профілактику інфекційних хвороб. URL : <http://dpssmk.gov.ua/pytannia-suchasnoho-pidkhodu-do-kontroliu-za-dotrymanniam-sanitarnoho-ta-epidemiolohichnoho-blahopoluchchia-naselennia-ta-zakhodiv-napravlenykh-na-profilaktyku-infektsiynykh-khvorob/> (дата звернення 01.02.2021).

268. Про місцеве самоврядування : Закон України від 21 травня 1997 р. № 280/97-ВР / Верховної Ради України. *Відомості Верховної Ради України*. 1997. № 24. Ст. 170.

269. Голубєва О. Небезпечна їжа. Чому українці труяться магазинними продуктами і мають від них онкологію. URL: <https://ua.112.ua/statji/nebezpechna-izha-chomu-ukraintsi-travliatsia-mahazynnymy-produktamy-i-maiut-vid-nykh-onkolohiiu-422876.html> (дата звернення 01.02.2021).

270. Трансплантологія: розвиток в Україні. URL: <http://amnu.gov.ua/transplantologiya-rozvytok-v-ukrayini/> (дата звернення 01.02.2021).

271. Сучасний стан і шляхи вдосконалення трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів в Україні. URL: <http://amnu.gov.ua/suchasnyj-stan-i-shlyahy-vdoskonalennya-transplantacziyi-organiv-ta-inshyh-anatomichnyh-materialiv-v-ukrayini/> (дата звернення 01.02.2021).

272. Про затвердження Державної цільової соціальної програми «Трансплантація» : Постанова Кабінету Міністрів України від 8 жовтня 2008 року № 894. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/894-2008-%D0%BF#Text> (дата звернення 01.02.2021).

## ДОДАТКИ

### Додаток А

### Проект

## КОДЕКС ПРО МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

### ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Розділ 1. Загальні положення.

Розділ 2. Права людини та громадянина в галузі медичного обслуговування населення.

Розділ 3. Правові засади біоетики, біобезпеки та медичної деонтології під час медичного обслуговування населення.

Розділ 4. Правові засади системи (моделі організації) медичного обслуговування населення.

Розділ 5. Державне регулювання (управління) в галузі медичного обслуговування населення.

Розділ 6. Фінансування системи медичного обслуговування населення.

Розділ 7. Медична допомога та медичні послуги. Стандартизація медичної діяльності.

Розділ 8. Права медичного працівника.

Розділ 9. Контроль і нагляд у галузі медичного обслуговування населення.

Розділ 10. Міжнародне співробітництво в галузі медичного обслуговування населення.

### ОСОБЛИВА ЧАСТИНА

Розділ 11. Правове регулювання медичного обслуговування населення при здійсненні права людини на життя.

Розділ 12. Правове регулювання реалізації репродуктивних прав і використання допоміжних репродуктивних технологій.

Розділ 13. Правове регулювання профілактики та лікування інфекційних і венеричних хвороб.

Розділ 14. Правове регулювання трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини.

Розділ 15. Правове регулювання донорства крові та її компонентів.

Розділ 16. Правове регулювання психіатричної допомоги.

Розділ 17. Правове регулювання фармацевтичної діяльності. Забезпечення лікарськими засобами та засобами медичного призначення окремих категорій населення.

Розділ 18. Правове регулювання проведення медико-біологічних експериментів.

Розділ 19. Правове регулювання народної та нетрадиційної медицини.

Розділ 20. Правове регулювання паліативної та хоспісної допомоги.

Розділ 21. Правове регулювання надання медичної допомоги окремим фізично та соціально уразливим верствам населення.

Розділ 22. Правове регулювання пластичної, реконструктивної допомоги (косметологія, спортивна медицина тощо).

Розділ 23. Правове регулювання санітарного та епідеміологічного благополуччя.

Розділ 24. Правове регулювання санаторно-курортної діяльності.

Розділ 25. Правове регулювання медичних експертиз.

Розділ 26. Правова класифікація дефектів надання медичної допомоги. Медична помилка. Ятрогенні патології.

Розділ 27. Соціальний захист медичних працівників.

Розділ 28. Самоврядування в галузі охорони здоров'я.

Розділ 29. Відповідальність за порушення законодавства в галузі охорони здоров'я.

Розділ 30. Прикінцеві положення.

**Проект**

**ПОЛОЖЕННЯ ПРО МІЖВІДОМЧУ КООРДИНАЦІЙНУ МЕДИЧНУ  
РАДУ**

**I. Загальні положення**

1. Це Положення визначає порядок проведення внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування.

2. Міжвідомча координаційна медична рада створюється з метою залучення працівників МОЗ до діяльності з проведення оцінки якості медичної допомоги та медичного обслуговування.

3. Склад Міжвідомчої координаційної медичної ради затверджується наказом керівника закладу охорони здоров'я.

4. Медична рада у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, актами Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами МОЗ України та цим Положенням.

5. Міжвідомча координаційна медична рада є постійно діючим консультативно-дорадчим органом МОЗ.

**II. Основні завдання Медичної ради**

1. Координація діяльності структурних підрозділів закладів охорони здоров'я щодо впровадження заходів з управління та контролю якості медичної допомоги та медичного обслуговування.

2. Участь у моніторингу ефективності управління та контролю якості медичної допомоги та медичного обслуговування у закладах охорони здоров'я.

3. Розробка пропозицій та планування заходів щодо поліпшення якості медичної допомоги та медичного обслуговування у закладах охорони здоров'я.

4. Здійснення експертизи відповідності наданої медичної допомоги та медичного обслуговування вимогам клінічних настанов та протоколів у сфері охорони здоров'я.

5. Підготовка та подання документації для розгляду клініко-експертними комісіями з рецензією щодо допущених порушень і помилок під час надання медичної допомоги та медичного обслуговування і рекомендаціями щодо уникнення таких помилок надалі.

### **III. Функції Міжвідомчої координаційної медичної ради**

Міжвідомча координаційна медична рада розглядає питання та надає пропозиції керівництву закладів охорони здоров'я щодо:

безперервного підвищення професійного рівня спеціалістів закладів охорони здоров'я;

забезпечення прав та безпеки пацієнтів;

динаміки показників діяльності закладів охорони здоров'я, його структурних підрозділів та клінічних індикаторів якості надання медичної допомоги;

випадків смерті;

повторної госпіталізації з одного й того самого захворювання протягом року;

розбіжності діагнозів;

скарг пацієнтів або їх близьких осіб.

### **IV. Права та обов'язки Міжвідомчої координаційної медичної ради**

1. Одержання в установленому порядку від структурних підрозділів закладів охорони здоров'я необхідних матеріалів та інформації.

2. Подання керівництву закладів охорони здоров'я пропозицій щодо створення (у разі потреби) тимчасових комісій, експертних та робочих груп, залучення в установленому порядку до їх роботи спеціалістів ЗОЗ, представників громадських організацій (за згодою).

3. Внесення пропозицій Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської

міських державних адміністрацій щодо покращення якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування.

4. Запрошення на засідання посадових осіб відповідного органу охорони здоров'я, спеціалістів закладів охорони здоров'я, науково-дослідних установ, вищих медичних навчальних закладів, інших підприємств, установ, організацій (за згодою).

5. Заслуховування на засіданнях керівників структурних підрозділів закладів охорони здоров'я щодо виконання покладених на них завдань з питань управління якістю медичної допомоги та медичного обслуговування.

6. Прийняття рішень з питань, що входять до компетенції Медичної ради, та здійснення моніторингу їх виконання.

## **V. Організація діяльності Міжвідомчої координаційної медичної ради**

1. Міжвідомчу координаційну медичну раду очолює голова - керівник закладів охорони здоров'я або призначена ним особа.

2. Персональний склад Міжвідомчої координаційної медичної ради затверджується наказом МОЗ.

3. Члени Міжвідомчої координаційної медичної ради здійснюють свою діяльність на громадських засадах.

4. Голова Міжвідомчої координаційної медичної ради формує її склад, визначає заступників голови (не більше двох), секретаря та веде засідання. У разі відсутності голови його функції виконує один із його заступників.

5. На засідання, крім членів Міжвідомчої координаційної медичної ради, можуть запрошуватися спеціалісти інших закладів охорони здоров'я, представники підприємств, установ, організацій (за згодою їх керівників).

6. Засідання Міжвідомчої координаційної медичної ради проводяться не рідше ніж один раз на квартал.

7. Рішення Міжвідомчої координаційної медичної ради приймаються більшістю голосів. У разі рівного розподілу голосів голос голови Медичної ради є вирішальним.

8. Рішення Міжвідомчої координаційної медичної ради оформлюється протоколом.

9. Рішення Міжвідомчої координаційної медичної ради мають рекомендаційний характер.

10. Керівник закладу охорони здоров'я щокварталу подає до відповідного органу охорони здоров'я звіт про роботу Міжвідомчої координаційної медичної ради.

## СТРУКТУРА

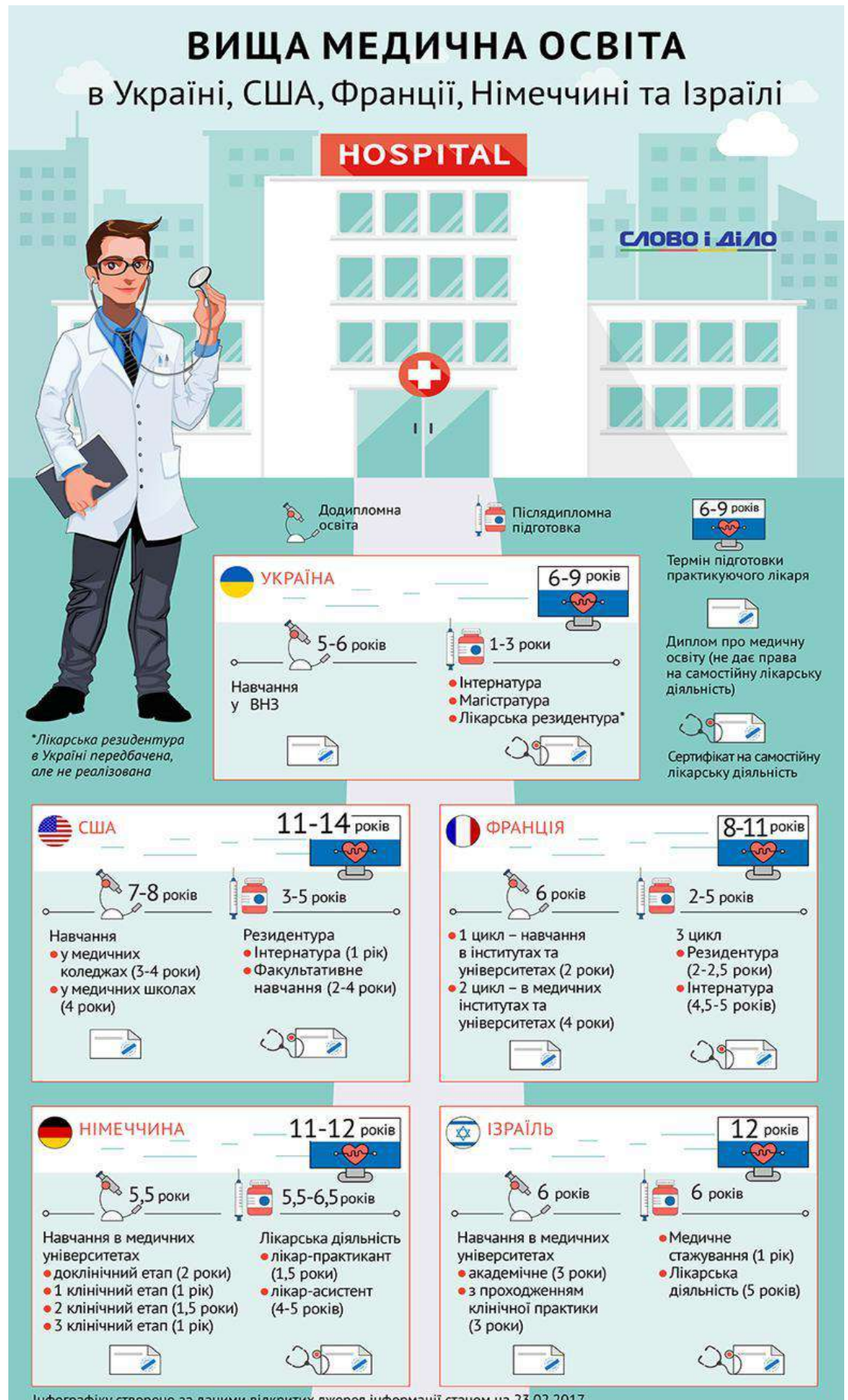
### КОНЦЕПЦІЇ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

1. Загальні засади впровадження електронного медичного обслуговування населення
2. Порядок реалізації Концепції впровадження електронного медичного обслуговування населення
3. Технологічне забезпечення Концепції впровадження електронного медичного обслуговування населення
4. Адміністрування у впровадженні електронного медичного обслуговування населення
5. Забезпечення безпеки під час впровадження електронного медичного обслуговування населення
6. Кадрове забезпечення впровадження електронного медичного обслуговування населення
7. Взаємодія суб'єктів публічного адміністрування під час впровадження електронного медичного обслуговування населення
8. Шляхи реалізації впровадження електронного медичного обслуговування населення

## Додаток Г

**Витрати на фінансування медичного обслуговування населення у США,  
Великбританії, Грузії, Франції у порівнянні з Україною станом на 01.01.2021**

	<b>США</b>	<b>Франція</b>	<b>Велика Британія</b>	<b>Грузія</b>	<b>Україна</b>
ВВП на одну особу (за паритетом купівельної спроможності, ПКС), \$	57904	41942	42977	9993	8289
Державні витрати на охорону здоров'я на одну особу (за ПКС), \$	8077,9	3964,3	3351,7	291,4	226,6
<b>Державні (бюджетні) витрати на охорону здоров'я, % до всіх витрат на охорону здоров'я</b>	<b>81,8</b>	<b>82,9</b>	<b>80,2</b>	<b>36,6</b>	<b>42,4</b>
Приватні витрати на медичне страхування, на одну особу (за ПКС), \$	697,6	351,4	194,1	44,6	12,9
<b>Приватні витрати на медичне страхування, % до всіх витрати на охорону здоров'я</b>	<b>7,1</b>	<b>7,3</b>	<b>4,7</b>	<b>5,6</b>	<b>2,5</b>
Витрати «з власних кишень» на одну особу (за ПКС), \$	1094,2	466,6	631,6	443,2	290,3
<b>Витрати «з власних кишень», % до всіх витрат на охорону здоров'я</b>	<b>11,1</b>	<b>9,8</b>	<b>15,1</b>	<b>55,6</b>	<b>54,3</b>



## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ ТА ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ МАТЕРІАЛІВ ДИСЕРТАЦІЇ:

*в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

1. Кравець (Захарчук) В.В. Генезис становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення у первісний період розвитку суспільства *Філософські та методологічні проблеми права*. 2019. № 1 (17). С. 99-103.

2. Кравець (Захарчук) В.В. Адміністративно-правова характеристика державної політики у сфері медичного обслуговування населення. *Юридичний науковий електронний журнал*. № 1. 2020 р. С. 163-166.

3. Кравець (Захарчук) В.В. Адміністративно-правова характеристика первинних історичних етапів зародження, становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення. *Часопис Київського університету права*. № 4. 2020. С. 197-201.

4. Кравець (Захарчук) В.В. Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування в Польсько-Литовський період. *Підприємництво, господарство і право*. № 2. 2021. С. 100-103.

5. Кравець (Захарчук) В.В. Доктринальна характеристика напрямків удосконалення сфери медичного обслуговування населення. *Visegrad journal on human rights*. 2020. № 6. (Vol. 1). С. 213-219. (Словацька Республіка).

6. Кравець (Захарчук) В.В. Нормативно-правове забезпечення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення. *Часопис Київського університету права*. № 1. 2021. С. 171-174.

*які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*

7. Кравець (Захарчук) В.В. Генезис детермінанти «медична послуга»: поняття та особливості Питання сучасної науки і права : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти (24 квітня 2020 року, м. Суми) / Сумська філія Харківського національного

університету внутрішніх справ. Суми: Видавничий дім «Ельдорадо», 2020. 288 с. 91-94

8. Кравец (Захарчук) В. В. Сущность профессионально-этической культуры работников сферы медицинского обслуживания населения [Электронный ресурс]. Правовая культура в современном обществе : сборник научных статей / Министерство внутренних дел Республики Беларусь, учреждение образования «Могилевский институт Министерства внутренних дел Республики Беларусь» ; редкол.: И. А. Демидова (отв. ред.) [и др.]. Могилев : Могилев. институт МВД, 2020. № 1 С. 595–598.

9. Кравець (Захарчук) В. В. Адміністративно-правова характеристика медичних послуг : Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «25 років становлення Сумської філії Харківського національного університету внутрішніх справ: славетна історія та горизонти майбутнього». (м. Харків, 21–22 лютого 2020 року). С. 102-105.

10. Кравець (Захарчук) В.В. Адміністративно-правова характеристика медичного обслуговування населення: поняття та специфіка : матеріали Міжнар. наук.-практ. круглого столу : «Актуальні питання виявлення та розкриття злочинів Національною поліцією: вітчизняний та зарубіжний досвід. (м. Київ, 19 лют. 2020 р.) С. 182-185.

11. Кравець (Захарчук) В.В. Аналіз корупційних проявів у сфері медичного обслуговування населення Латвії : Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції : «Реалізація державної антикорупційної політики в міжнародному вимірі» (м. Київ, 12 грудня 2019 року). Ч.2. С. 378-380.

## Акти впровадження

ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор Національної  
академії внутрішніх справ,  
доктор юридичних наук, професор

Станіслав ГУСАРЕЄ

## АКТ

**впровадження результатів дисертації здобувача кафедри публічного управління та адміністрування Захарчук Вікторії Вікторівни на тему: «Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Україні» в освітній процес Національної академії внутрішніх справ**

Комісія у складі: начальника навчально-методичного відділу Колодейча Станіслави Іванівни (голова комісії); завідувача кафедри публічного управління та адміністрування, доцента Пастуха Ігоря Дмитровича; професора кафедри публічного управління та адміністрування, кандидата юридичних наук, доцента Плугатиря Максима Віталійовича, склала цей акт про те, що матеріали дисертації здобувача кафедри публічного управління та адміністрування (зі спеціальності 081 – Право) Захарчук Вікторії Вікторівни на тему: «Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Україні» впроваджені в освітній процес академії.

Матеріали дисертації Захарчук Вікторії Вікторівни застосовуються в освітньому процесі НАВС, зокрема при підготовці та проведенні лекційних занять із слухачами Інституту підготовки керівних кадрів та підвищення кваліфікації Національної академії внутрішніх справ з короткострокового підвищення кваліфікації начальників районних управлінь (відділів) Національної поліції України, а також у процесі підготовки навчально-методичних дидактичних матеріалів, які можуть бути рекомендовані до вивчення під час самостійної роботи здобувачів вищої освіти.

**Голова комісії:**  
кандидат юридичних наук, доцент

Станіслава КОЛОДЕЙЧАК

**Члени комісії:**  
кандидат юридичних наук,  
доцент

Ігор ПАСТУХ

кандидат юридичних наук,  
доцент

Максим ПЛУГАТИР

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Проректор Національної академії  
внутрішніх справ,  
доктор юридичних наук, професор



**Сергій ЧЕРНЯВСЬКИЙ**

2021 р.

**АКТ**

**впровадження результатів дисертації здобувача кафедри публічного управління та адміністрування Захарчук Вікторії Вікторівни «Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Україні» у науково-дослідну діяльність Національної академії внутрішніх справ**

Комісія у складі:

завідувача кафедри публічного управління та адміністрування, кандидата юридичних наук, доцента Пастуха Ігоря Дмитровича (голова комісії); начальника відділу докторантури та ад'юнктури, доктора юридичних наук, професора Дрозда Олексія Юрійовича; професора кафедри економічної безпеки та фінансових розслідувань, кандидата юридичних наук, Ігоря Григоровича Андрущенко склала цей акт про те, що матеріали дисертації здобувача кафедри публічного управління та адміністрування Захарчук Вікторії Вікторівни (зі спеціальності 081 – Право) за темою «Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Україні» мають необхідний теоретичний та методологічний рівень, а також практичну значимість і використовуються у науково-дослідній роботі Національної академії внутрішніх справ під час проведення загальнотеоретичних та галузевих досліджень з питань удосконалення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

Використання результатів дисертації сприятиме активізації та підвищенню ефективності наукової діяльності науково-педагогічних працівників, докторантів та ад'юнктів кафедр публічного управління та адміністрування та поліцейського права, а також відділу організації наукової діяльності та захисту прав інтелектуальної власності Національної академії внутрішніх справ зокрема:

1. Кравець В.В. Генезис становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення у первісний період розвитку суспільства *Філософські*

та методологічні проблеми права. 2019. № 1 (17). С. 99-103.

2. Кравець В.В. Адміністративно-правова характеристика державної політики у сфері медичного обслуговування населення. *Юридичний науковий електронний журнал*. № 1. 2020 р. С. 163-166.

3. Кравець В.В. Адміністративно-правова характеристика первинних історичних етапів зародження, становлення та розвитку сфери медичного обслуговування населення. *Часопис Київського університету права*. № 4. 2020. С. 197-201.

4. Кравець В.В. Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування в Польсько-Литовський період. *Підприємництво, господарство і право*. № 2. 2021. С. 100-103.

5. Кравець В.В. Доктринальна характеристика напрямків удосконалення сфери медичного обслуговування населення. *Visegrad journal on human rights*. 2020. № 6. (Vol. 1). С. 213-219. (Словацька Республіка).

6. Кравець В.В. Нормативно-правове забезпечення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення. *Часопис Київського університету права*. № 1. 2021. С. 171-174.

7. Кравець В.В. Генезис детермінанти «медична послуга»: поняття та особливості Питання сучасної науки і права : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти (24 квітня 2020 року, м. Суми) / Сумська філія Харківського національного університету внутрішніх справ. Суми: Видавничий дім «Ельдорадо», 2020. 288 с. 91-94

8. Кравец В. В. Сущность профессионально-этической культуры работников сферы медицинского обслуживания населения [Электронный ресурс]. Правовая культура в современном обществе : сборник научных статей / Министерство внутренних дел Республики Беларусь, учреждение образования «Могилевский институт Министерства внутренних дел Республики Беларусь» ; редкол.: И. А. Демидова (отв. ред.) [и др.]. Могилев : Могилев. институт МВД, 2020. № 1. С. 595–598.

9. Кравець В. В. Адміністративно-правова характеристика медичних послуг : Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «25 років становлення Сумської філії Харківського національного університету внутрішніх справ: славетна історія та горизонти майбутнього». (м. Харків, 21–22 лютого 2020 року). С. 102-105.

10. Кравець В.В. Адміністративно-правова характеристика медичного обслуговування населення: поняття та специфіка : матеріали Міжнар. наук.-практ. круглого столу : «Актуальні питання виявлення та розкриття злочинів Національною поліцією: вітчизняний та зарубіжний досвід. (м. Київ, 19 лют. 2020 р.) С. 182-185.

11. Кравець В.В. Аналіз корупційних проявів у сфері медичного обслуговування населення Латвії : Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції : «Реалізація державної антикорупційної політики в міжнародному вимірі» (м. Київ, 12 грудня 2019 року). Ч. 2. С. 378-380.

### **ВИСНОВОК**

Матеріали дисертації здобувача кафедри публічного управління та адміністрування Захарчук Вікторії Вікторівни «Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Україні» вважати впровадженими у науково-дослідну діяльність Національної академії внутрішніх справ під час проведення загальнотеоретичних і галузевих досліджень з питань публічного адміністрування сфери медичного обслуговування населення .

#### **Голова комісії:**

**кандидат юридичних наук,  
доцент**

**Ігор ПАСТУХ**

#### **Члени комісії:**

**доктор юридичних наук, професор**

**Олексій ДРОЗД**

**кандидат юридичних наук**

**Ігор АНДРУЩЕНКО**