

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

*Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису*

**НІКІТІНА ТЕТЯНА ОЛЕГІВНА**

УДК 347.91/.95:[347.56:614.25]

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**ВІДШКОДУВАННЯ ШКОДИ, ЗАВДАНОЇ МЕДИЧНИМ  
ПРАЦІВНИКОМ, В ПОРЯДКУ ЦИВІЛЬНОГО СУДОЧИНСТВА**

Спеціальність 081 – право

Галузь знань 08 – право

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело. \_\_\_\_\_/Т. О. Нікітіна/

Науковий керівник – **ПРИТИКА ЮРІЙ ДМИТРОВИЧ**  
доктор юридичних наук, професор, завідувач кафедри цивільного процесу  
Навчально-наукового інституту права Київського національного  
університету імені Тараса Шевченка

**Київ – 2023**

## АНОТАЦІЯ

**Нікітіна Т. О. Відшкодування шкоди, завданої медичним працівником в порядку цивільного судочинства.** – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань 08 «Право» за спеціальністю 081 «Право». – Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, 2023.

Дисертація є комплексним науковим дослідженням відшкодування шкоди, завданої медичним працівником в порядку цивільного судочинства.

Сфера надання медичної допомоги та медичних послуг є надзвичайно затребуваною з боку пацієнтів, це пов'язане не тільки із її значущістю та важливістю для кожної людини, а також із низкою тих проблем, які постійно виникають в процесі надання, споживання, фінансування та оцінки якості медичної допомоги та відповідних медичних послуг. Особливо важливим видається забезпечення реального захисту прав пацієнтів з огляду на чисельні випадки заподіяння різних видів та обсягів шкоди медичними працівниками своїм пацієнтам в процесі виконання ними своїх професійних обов'язків.

Відносини у сфері надання медичних послуг, враховуючи їх специфіку, регулюються різними галузями права (цивільним, господарським, трудовим, правом соціального забезпечення, фінансовим, адміністративним, медичним, кримінальним та процесуальними галузями права). Таким чином, сфера медичної діяльності охоплює різні за видами, змістом та наслідками правовідносини які, з одного боку, регулюються нормами різних галузей права, але з іншого – є нерозривними правовідносинами, що комплексно регулюються різними галузями права.

Водночас, лєвова частка справ, що стосуютьсє вїдшкодування шкоди, завданої медичним працівником – за своїм характером приватно-правовї, тому розглядаютьсє в порядку цивїльного судочинства. В зв'язку з зазначеним вище, дослідження вїдшкодування шкоди, завданої медичним працівником в порядку цивїльного судочинства України слїд визнати актуальним.

Додаткової актуалїзації ця проблема отримала впродовж пандемії коронавірусу SARS Covid-19, коли розповсюдження інфекції спричинило перевантаження медичних систем провідних країн свїту, що призвело до їхньої неспроможності надання належної медичної допомоги пацієнтам, що її потребують.

У сучасному свїті для захисту прав осіб на вїдшкодування шкоди, завданої медичним працівником, застосовуютьсє різні форми. Особливу увагу привертають ті підходи до досудового та позасудового вирїшення спорів, що виникають з вїдносин заповдїяння шкоди пацієнтам, якї використовуютьсє в США, оскільки заслужено користуютьсє високим рївнем довіри пацієнтів та захисту їхніх прав.

Метою роботи було визначено формування комплексного теоретичного підходу до визначення порядку вїдшкодування шкоди, завданої медичним працівником під час розгляду та вирїшення цивїльних справ судом, а також розробки практичних пропозицій щодо удосконалення цивїльного процесуального та цивїльного законодавства з метою забезпечення ефективності його застосування в судовїй практиці.

З огляду на це, серед завдань було визначено визначення загальних положень про право особи на медичну допомогу в законодавствї України, з'ясувати специфіку правовїдносин у сферї медичного обслуговування та надання медичних послуг (допомоги), зокрема, визначити правовий статус надавачів медичних послуг як суб'єктів вїдносин з медичного обслуговування населення, а також пацієнта як суб'єкт вїдносин з надання медичних послуг; охарактеризувати підстави притягнення до цивїльно-

правової відповідальності за шкоду, завдану медичним працівником, в порядку цивільного судочинства та види відповідальності, а також дати визначення поняттю «медичної помилки»; описати такі підстави (умови) притягнення до цивільно-правової відповідальності як протиправна поведінка медичного працівника як підстава притягнення до цивільно-правової відповідальності; шкода заподіяна пацієнтові в результаті протиправних дій медичного працівника як підстава (умова) цивільно-правової відповідальності; причинний зв'язок між шкодою пацієнтові та протиправними діями медичного працівника як підстава притягнення до цивільно-правової відповідальності та вина заподіювача шкоди - медичного працівника як підстава його притягнення до цивільно-правової відповідальності; визначити особливості судового та позасудового вирішення спорів, що виникають з відносин заподіяння шкоди медичним працівником, зокрема, доказування у справах про відшкодування шкоди, завдану медичним працівником.

Виходячи з поставленої мети та завдань дослідження, в роботі було проаналізовано загальні положення про право особи на медичну допомогу в законодавстві України (розділ 1 роботи), зокрема, специфіку правовідносин у сфері медичного обслуговування та надання медичних послуг (допомоги), а також правовий статусу надавачів медичних послуг як суб'єктів відносин з медичного обслуговування населення та пацієнта як суб'єкта відносин з надання медичних послуг. Це дало змогу зробити висновки щодо природи правового статусу пацієнтів та надавачів медичних послуг, які є відносно однаковим з точки зору основних прав та обов'язків, які виникають між суб'єктами таких відносин. Порушене право на охорону здоров'я передбачає відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди, оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я тощо. Було також зроблено висновки щодо того, що основною підставою виникнення таких відносин є договір про надання медичних послуг, який повинен бути основоположним при визначенні

особливостей надання медичної допомоги обумовленого виду, формальною підставою для підтвердження існуючих домовленостей з конкретним пацієнтом та можливих ризиків надання йому такої допомоги. Пацієнтами у відносинах з надання медичних послуг завжди є фізичні особи, які потребують медичної допомоги (медичного втручання), незалежно від віку та дієздатності, якщо за віком чи з інших причин вони не можуть приймати участь в укладенні договору про надання медичних послуг, стороною виступають їх представники, тобто особи, які на законних підставах можуть приймати участь у процесі виникнення та динаміці відносин з надання медичних послуг пацієнтові.

У другому розділі роботи було досліджено питання підстав притягнення до цивільно-правової відповідальності за шкоду, завдану медичним працівником, в порядку цивільного судочинства, а саме визначено види відповідальності та поняття «медичної помилки», серед підстава (умов) притягнення до цивільно-правової відповідальності охарактеризовано протиправну поведінка медичного працівника як підстава притягнення до цивільно-правової відповідальності; шкоду заподіяну пацієнтові в результаті протиправних дій медичного працівника як підстава (умова) цивільно-правової відповідальності; причинний зв'язок між шкодою пацієнтові та протиправними діями медичного працівника як підстава притягнення до цивільно-правової відповідальності та вину заподіювача шкоди - медичного працівника як підстава його притягнення до цивільно-правової відповідальності.

Зазначене дало змогу дійти таких висновків щодо відповідальності закладів охорони здоров'я за заподіяну шкоду (майнову та немайнову), завдану їх медичними працівниками у повному обсязі; при цьому, застосовуючи право зворотної вимоги (регресу) до таких працівників, медичні заклади можуть отримати задоволення своїх вимог в обмеженому розмірі (у більшості випадків у розмірі не більше середнього місячного заробітку медичного працівника, що заподіяв шкоду), оскільки такі особи

притягаються до матеріальної відповідальності згідно із нормами трудового законодавства. Охарактеризовано колізію у врегулюванні відносин з відшкодування шкоди, яка знищує компенсаторну функцію цивільного права щодо медичних закладів та, фактично, обмежуючи розмір відшкодування для працівників середнім місячним заробітком, залишають їх без покарання за протиправну винну поведінку.

Поняття «медична помилка» не передбачає протиправної поведінки (дії чи бездіяльності) медичного працівника та не передбачає наявності вини заподіювача шкоди, тобто медична помилка не є правопорушенням.

Цивільно-правова відповідальність у сфері медичної діяльності – це вид юридичної відповідальності, який виникає внаслідок порушення у галузі майнових або особистих немайнових благ громадян у сфері охорони здоров'я і який полягає переважно в необхідності відшкодування шкоди. До особистих немайнових благ громадян, які безпосередньо пов'язані з медичною діяльністю, належать перш за все життя і здоров'я. З цієї причини можна стверджувати, що цивільно-правова відповідальність – це своєрідний засіб забезпечення захисту особистих немайнових прав (життя і здоров'я) пацієнтів при наданні медичної допомоги. Таким чином, з нашої точки зору, підставою для притягнення медичних працівників до деліктної цивільно-правової відповідальності за заподіяння майнової (моральної) шкоди є професійне правопорушення у сфері медичної діяльності.

У третьому розділі розглянуто питання розгляду та вирішення справ щодо відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, зокрема, особливості судового та позасудового вирішення спорів, що виникають з відносин заподіяння шкоди медичним працівником; судового розгляду справ про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником; проблеми доказування у цивільних справах, в яких доведена шкода, завдана медичним працівником. Також досліджувались окремі аспекти відповідальності за шкоду, що може виникнути в процесі застосування допоміжних репродуктивних технологій (сурогатне материнство).

Проведене дослідження дало можливість дійти до висновків, які становлять наукову новизну та мають практичне значення для доповнення правової доктрини та забезпечення єдності судової практики в Україні.

Перш-за-все, визначено, що медичні заклади несуть цивільно-правову відповідальність та здійснюють відшкодування шкоди (майнової та немайнової), завданої їх медичними працівниками у повному обсязі; при цьому, застосовуючи право зворотної вимоги (регресу) до таких працівників, медичні заклади можуть отримати задоволення своїх вимог в обмеженому розмірі (у більшості випадків у розмірі не більше середнього місячного заробітку медичного працівника, що заподіяв шкоду), оскільки такі особи притягаються до матеріальної відповідальності згідно із нормами трудового законодавства.

Колізія у врегулюванні відносин з відшкодування шкоди полягає у знеціненні компенсаторної функції цивільного права щодо медичних закладів та, фактично, обмежуючи розмір відшкодування для працівників середнім місячним заробітком, залишають їх без покарання за протиправну винну поведінку.

Пропонується переглянути порядок застосування норм трудового права до медичних працівників при притягненні їх до відповідальності у порядку зворотної вимоги (регресу). За заподіяння шкоди шляхом протиправної винної поведінки медичного працівника притягнення його до відповідальності у вигляді відшкодування шкоди повинно здійснюватися за нормами цивільного законодавства. Такий порядок повинен бути закріплений у діючому законодавстві прямою вказівкою закону. Відшкодування шкоди медичним закладом при заподіянні шкоди медичним працівником є, з нашої точки зору, доцільною конструкцією, оскільки більш надійно забезпечує можливість отримати гарантоване відшкодування постраждалою особою.

З'ясовано, що медична помилка не передбачає протиправної поведінки (дії чи бездіяльності) медичного працівника та не передбачає

наявності вини заподіювача шкоди, тобто медична помилка не є правопорушенням.

Визначено, що характерними рисами медичних послуг є медична послуга передбачає надання корисних благ, що перетворює її на об'єкт споживання; медична послуга є товаром і всі відносини, пов'язані із наданням та споживанням медичних послуг є мають майновий (вартісний) характер; надання медичних послуг у розрізі соціально-забезпечувальних правовідносин може бути для пацієнта безоплатним (частково платним) та може обмежувати та звужувати обсяг медичних маніпуляцій, дій, медичного сервісу, що обумовлюється рівнем гарантованого державного фінансування медичного обслуговування населення; надання медичних послуг та здійснення медичної допомоги повинно відповідати галузевим стандартам; надання медичних послуг виключно на професійній основі, що забезпечується шляхом надання медичної допомоги виключно професіоналами (фахівцями), які виконують свої обов'язки на підставі трудового договору;.

Таким чином, з нашої точки зору, підставою для притягнення медичних працівників до деліктної цивільно-правової відповідальності за заподіяння майнової (моральної) шкоди є професійне правопорушення у сфері медичної діяльності.

В роботі, зокрема, зверталась увага на можливість застосування усіченого складу підстав цивільно-правової відповідальності за завдання немайнової шкоди.

Додатково обґрунтовано тезу про те, що судовий та позасудовий порядок вирішення спорів щодо відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, має ефективно поєднуватися для забезпечення ефективного захисту прав пацієнтів. Серед основних приватних способів (форм) альтернативного вирішення спорів, які варто широко запроваджувати та застосовувати в Україні та які розглядались можна виділити: а) управління ризиками (risk management); б) переговори (як найбільш неформальна

форма альтернативного вирішення спорів), в) медіація, г) третейський розгляд ( арбітраж); д) досудове врегулювання комісією з оцінки шкоди, заподіяної здоров'ю пацієнту.

Стосовно судового способу вирішення спору, наводились приклади, акцентовано увагу на досвіді європейських країн та США у дослідженні питання відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, як матеріальної, так і моральної.

Сформульовано визначення предмета доказування у справах про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, яким є обставини ( факти) матеріально-правового та процесуального характеру, якими підтверджуються чи спростовуються заявлені вимоги та заперечення учасників справи і підлягають встановленню з метою ухвалення законного та обґрунтованого рішення.

Практичне значення роботи полягає в тому, що висновки, отримані впродовж проведеного дослідження, можуть бути використані:

*у нормотворчій діяльності* – як підґрунтя для подальшого реформування інституту відшкодування шкоди, завданої медичним працівником в порядку цивільного судочинства;

*у науково-дослідній сфері* – як методологічне підґрунтя для подальших науково-теоретичних досліджень для удосконалення положень цивільного, трудового та цивільного процесуального законодавства України;

*у правозастосовчій діяльності, зокрема, під час розгляду і вирішення судами справ про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником;*

*у навчальному процесі* під час викладання дисциплін «Цивільний процес України», «Особливості розгляду окремих категорій спорів» та «Медичне право», а також при підготовці відповідної навчально-методичної літератури.

**Ключові слова:** доступ до правосуддя, цивільне судочинство, справи про відшкодування шкоди, надання медичних послуг, медична помилка, медичне право, права пацієнта, цивільно-правова відповідальність, альтернативне вирішення спорів, докази та доказування в цивільному процесі.

## SUMMARY

**T. O. Nikitina. Claiming compensation for damage caused by a healthcare worker within civil proceedings.** – *Qualifying research paper as a manuscript.* Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in 081 «Law». Taras Shevchenko National University of Kyiv. Kyiv, 2023.

The dissertation is a comprehensive scientific study of the procedure for claiming compensation for damage caused by a healthcare worker within civil proceedings, as well as in the course of enforcement of a court decision.

The healthcare and medical service industry is in great demand by patients, not only because of its significance and importance for each person, but also because of a number of issues that constantly arise in providing, consuming, financing, and assessing the quality of healthcare and related medical services. It is particularly important to ensure real protection of patients' rights in view of the numerous cases involving various types and amounts of damage caused by healthcare workers to their patients in performing their professional duties.

Given their specific nature, relations in the field of healthcare services are regulated by various branches of law (civil, commercial, labour, social security, financial, administrative, criminal, and procedural law). Thus, the field of medical activity covers legal relations of different types content, and consequences, which, on the one hand, are regulated by the rules of different

branches of law, but on the other hand, are inseparable legal relations that are comprehensively regulated by different branches of law.

At the same time, the lion's share of cases involving compensation for damage caused by a healthcare worker are private law in nature, and therefore are heard in civil proceedings. In connection with the above, the study of procedure for claiming compensation for damage caused by a healthcare worker within civil proceedings in Ukraine should be recognized as relevant.

This issue became even more urgent during the SARS Covid-19 pandemic last year, when the spread of the infection caused an overload of medical systems in the world's leading countries, resulting in their inability to provide adequate medical care to patients in need.

In the modern world, various forms are used in different countries to protect the rights of individuals to compensation for damage caused by a healthcare worker. Particular attention is paid to pre-trial and extrajudicial settlement of disputes arising out of or in connection with relations involving damage caused to the patients, used in the United States, as they deservedly earned a high level of patient trust and ensure protection of their rights.

The purpose of the paper is to formulate a comprehensive theoretical approach to determining the procedure for compensation for damages caused by a healthcare worker when hearing and resolving civil cases by a court, and to develop practical proposals for improving civil procedural legislation with a view to ensuring the effectiveness of its application in court practice.

With this in mind, the following objectives were set: to define the general provisions on the right of an individual to medical care in the legislation of Ukraine; to clarify the specifics of legal relations in the field of medical care and provision of medical services (attendance), in particular, to determine the legal status of medical service providers as subjects of public medical care relations, as well as a patient as a subject of medical service relations; to define grounds for holding civilly liable for damage caused by a healthcare worker in civil proceedings and the types of liability, as well as to define the concept of

"medical error"; to describe the following grounds (conditions) for holding civilly liable: illegal behaviour of a healthcare worker as grounds for holding civilly liable; damage caused to a patient as a result of illegal actions of a healthcare worker as grounds (conditions) for holding civilly liable; causal relationship between the damage to a patient and the illegal actions of a healthcare worker as grounds for holding civilly liable and the fault of a healthcare worker as a person responsible for damage as grounds for holding such healthcare worker civilly liable; to determine the peculiarities of pre-trial and extrajudicial settlement of disputes arising out of or in connection with relations involving damage caused by a healthcare worker, in particular, proving and enforcement of court decisions in cases involving compensation for damage caused by a healthcare worker.

Based on the purpose and objectives of the study, the paper analyses the general provisions on the right of a person to medical care in Ukrainian legislation (section 1 of the paper), in particular, the specifics of legal relations in the field of medical care and provision of medical services (attendance), as well as the legal status of medical service providers as subjects of public medical care relations and a patient as a subject of medical service relations. This made it possible to draw conclusions about the nature of the legal status of patients and healthcare providers, which are relatively the same in terms of the basic rights and obligations that arise between the subjects of such relations. The violated right to health care provides for compensation for damage caused to health and the right to appeal against unlawful decisions and actions of employees, health care institutions, and authorities, etc. It was also concluded that the main grounds for the emergence of such relations is a medical service agreement, which must be fundamental in determining the specifics of the provision of medical care of the specified type, a formal basis for confirming existing agreements with a particular patient and the possible risks of providing such care to this patient. Patients in the relations involving the provision of healthcare services are always individuals in need of medical care (medical

intervention), regardless of their age and legal capacity. If they are unable to enter into a medical service agreement due to age or otherwise, their representatives, i.e., persons who can legally participate in the process of emergence and dynamics of relations involving the provision of medical services to a patient, are the parties thereto.

In the second section of the paper, the matter of legal grounds for holding civilly liable for damage caused by a healthcare worker in civil proceedings was examined, namely, the types of liability and the concept of "medical error" were defined, the following grounds (conditions) for holding civilly liable were identified: the illegal behaviour of a healthcare worker as grounds for holding civilly liable; damage caused to a patient as a result of illegal actions of a healthcare worker as grounds (conditions) for holding civilly liable; causal relationship between the damage to a patient and the illegal actions of a healthcare worker as the ground for holding civilly liable and the fault of a healthcare worker as a person responsible for damage as grounds for holding this healthcare worker civilly liable.

The above allowed us to draw the following conclusions regarding the liability of medical institutions for damage (property and non-property) caused by their medical staff in full; at the same time, by exercising the right of recourse against such workers, medical institutions may be granted their claims in a limited amount (in most cases, not more than the average monthly salary of a healthcare worker who caused the damage), since such persons are held liable in accordance with the provisions of labour law. A conflict was defined in the settlement of relations involving compensation for damages which levels the compensatory function of civil law in relation to medical institutions and, actually, allowing healthcare workers to go unpunished for unlawful culpable behaviour by limiting the amount of compensation to their average monthly salary.

The concept of "medical error" does not imply unlawful behaviour (action or omission) of a healthcare worker and does not imply the fault of a person responsible for damage, i.e., a medical error is not an offense.

Holding civilly liable in the field of professional medical care activity is possible if there is a set of grounds provided for by civil law: 1) unlawful behaviour (action or omission); 2) damage (property, moral); 3) causal relationship between damage and unlawful acts; 4) fault of a person responsible for damage. For example, according to the "Liability of healthcare workers" Letter of the Ministry of Justice of Ukraine dated 20.06.2011, civil liability in the field of medical activities is a type of legal liability arising out of or in connection with violations related to the property or personal non-property benefits of citizens in the field of healthcare and which mainly involves the need to compensate for damage. The personal non-property benefits of citizens that are directly related to medical activities include, first of all, life and health. For this reason, it can be argued that civil liability is a kind of means of ensuring the protection of personal non-property rights (life and health) of patients in the provision of medical care. Thus, from our point of view, the grounds for holding healthcare workers civilly liable for causing property (moral) damage is a profession-related offense in the field of medical activity.

The third section deals with the issues of hearing and resolving cases involving compensation for damage caused by a healthcare worker, in particular, the peculiarities of pre-trial and extrajudicial settlement of disputes arising out of or in connection with relations involving damage caused by a healthcare worker; judicial hearing of cases involving compensation for damage caused by a healthcare worker; issues of proving in civil cases in which damage caused by a healthcare worker is proved; and enforcement of court decisions in cases involving compensation for damage caused by a healthcare worker.

The study made it possible to draw the conclusions that are of scientific novelty and have practical significance for supplementing the legal doctrine and ensuring the uniformity of judicial practice in Ukraine.

First of all, it is found that medical institutions shall bear civil liability and compensate for damage (property and non-property) caused by their medical staff in full; at the same time, by applying the right of recourse against such workers, medical institutions may be granted their claims in a limited amount (in most cases, not more than the average monthly salary of a healthcare worker who caused the damage), since such persons are held liable in accordance with the rules of labour law.

The conflict in the settlement of compensation relations is that it impairs the compensatory function of civil law in relation to medical institutions and, actually, allowing healthcare workers to go unpunished for unlawful culpable behaviour by limiting the amount of compensation to their average monthly salary.

It is proposed to revise the procedure for applying labour law provisions to healthcare workers when holding them liable by way of recourse. For causing damage through unlawful culpable behaviour, a healthcare worker should be held liable in the form of compensation for damage in accordance with the provisions of civil law. Such a procedure should be enshrined in the effective legislation by a direct provision of the law. In our opinion, compensation by a healthcare institution in case of any damage caused by a healthcare worker is a reasonable concept, as it more reliably ensures that the affected person can obtain guaranteed compensation.

It is found that a medical error does not imply unlawful behaviour (action or omission) of a healthcare worker and does not imply the fault of a person responsible for damage, i.e., a medical error is not an offense.

The procedure for holding civilly liable in the field of professional medical care activity is defined in the paper, subject to the following set of grounds provided for by civil law.

- 1) unlawful behaviour (action or omission);
- 2) damage (property, moral);
- 3) causal relationship between the damage and the unlawful acts;

4) fault of a person responsible for damage.

Thus, from our point of view, the grounds for holding healthcare workers civilly liable for causing property (moral) damage is a profession-related offense in the field of medical activity.

In particular, the paper examines the existence of fault and adverse consequences caused by a healthcare worker, as well as the existence of a causal relationship as a kind of triad required for the incurrance of civil liability within the meaning of civil procedure law.

In addition, the paper substantiates the thesis that judicial and extrajudicial procedures for settlement of disputes related to compensation for damage caused by a healthcare worker should be effectively combined to ensure effective protection of patients' rights. Mediation, arbitration, and dispute settlement with the participation of a judge were considered among alternative dispute settlement methods as an opportunity for patients to protect their interests in a short period of time, which should be more widely applied in national practice.

With regard to the judicial method of dispute settlement, examples were given, and attention was paid to the experience of European states in researching the issue of compensation for damage caused by a healthcare worker, both material and moral.

The practical significance of the paper is that the conclusions obtained in the course of the study can be used:

*in rulemaking* – as a basis for further reform of the institution of compensation for damage caused by a healthcare worker in civil proceedings;

*in the research area* – as a methodological basis for further scientific and theoretical research to improve the provisions of civil, labour, and civil procedural legislation of Ukraine;

*in law enforcement activities, generally*, in hearing and resolving cases involving compensation for damage caused by a medical worker by court;

*in the educational activities* when teaching the "Civil Procedure of Ukraine" and "Enforcement Proceedings" disciplines, as well as in the preparation of relevant teaching and learning literature.

**Keywords:** access to justice, civil proceedings, cases for compensation of damages, medical services provision, medical error, medical law, rights of a patient, civil law liability, alternative dispute resolution, evidence and proof in civil proceedings.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

1. Василина Н. В., Нікітіна Т. О. Суб'єктний склад учасників судового процесу про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником. *Підприємництво, господарство і право*. 2019. № 2. С. 10–13.

2. Нікітіна Т. О. Судове та позасудове вирішення спорів, що виникають з відносин заподіяння шкоди медичним працівником. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Юридичні науки*. 2021. Вип. 1 (116). С. 35–39. DOI: 10.17721/1728-2195/2021/1.116-7.

3. Нікітіна Т. О. Специфіка медичних послуг (допомоги) в контексті реформування системи медичного обслуговування населення. *Часопис Київського університету права*. 2021. № 2. С. 209–214. DOI: 10.36695/2219-5521.2.2021.42.

4. Prytyka Yu. D., Nikitina T. O. The Right of a Person to Medical Care in Ukraine = [Право особи на медичну допомогу в Україні]. *Проблеми законності*. Харків, 2022. Вип. 158. С. 63–81. DOI: 10.21564/2414-990X.158.263078.

*Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*

1. Нікітіна Т. О. Суб'єктний склад правовідносин у справах про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником. *Тенденції розвитку юридичної науки в інформаційному суспільстві : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (28 груд. 2018 р.)*. Одеса, 2018. С. 44–46.

2. Нікітіна Т. О. Особливості позасудового вирішення спорів, що виникають з відносин заподіяння шкоди медичним працівником. *Науковий потенціал та перспективи розвитку юридичної науки : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (26–27 берез. 2021 р.)*. Запоріжжя, 2021. С. 63–66.

3. Нікітіна Т. О. Пошук альтернативи судовому врегулюванню спорів, що виникають з відносин заподіяння шкоди медичному працівнику. *Альтернативні способи вирішення цивільних спорів : матеріали круглого столу (29 берез. 2021 р.)*. Одеса, 2021. С. 90–95.

4. Нікітіна Т. О. Розмежування та визначення змісту основних категорій та понять медичної діяльності. *Актуальні питання розвитку юридичної науки та практики : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (21 трав. 2021 р.)*. Київ, 2021. Т. 2. С. 190–192.

5. Нікітіна Т. О. Правовий статус суб'єктів відносин з медичного обслуговування населення. *Interdisciplinary Research: Scientific Horizons and Perspectives : IV International Scientific and Theoretical Conference, 11 November 2022*. Vilnius, 2022. С. 72–73.

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ</b>	22
<b>ВСТУП</b>	23
<b>РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ПРО ПРАВО ОСОБИ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В ЗАКОНОДАВСТВІ УКРАЇНИ</b>	34
1.1. Специфіка правовідносин у сфері медичного обслуговування та надання медичних послуг (допомоги)	34
1.2. Правовий статус надавачів медичних послуг як суб'єктів відносин з медичного обслуговування населення	53
1.3. Пацієнт як суб'єкт відносин з надання медичних послуг	61
Висновки до розділу 1	80
<b>РОЗДІЛ 2. ПІДСТАВИ ПРИТЯГНЕННЯ ДО ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ШКОДУ, ЗАВДАНОЇ МЕДИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ, В ПОРЯДКУ ЦИВІЛЬНОГО СУДОЧИНСТВА</b>	85
2.1. Види відповідальності	85
2.2. Поняття «медичної помилки»	94
2.3. Підстави (умови) притягнення до цивільно-правової відповідальності	102
2.3.1. Протиправна поведінка медичного працівника як підстава притягнення до цивільно-правової відповідальності	102
2.3.2. Шкода заподіяна пацієнтові в результаті протиправних дій медичного працівника як підстава (умова) цивільно-правової відповідальності	107
2.3.3. Причинний зв'язок між шкодою пацієнтові та протиправними діями медичного працівника та вина заподіювача шкоди - медичного працівника як підстави	109

притягнення до цивільно-правової відповідальності	
2.4. Відповідальність медичного працівника за медичну помилку: досвід США та Литви	111
Висновки до розділу 2	118
<b>РОЗДІЛ 3. РОЗГЛЯД ТА ВИРІШЕННЯ ЦИВІЛЬНИХ СПРАВ ПРО ВІДШКОДУВАННЯ ШКОДИ, ЗАВДАНОЇ МЕДИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ</b>	121
3.1. Позасудове врегулювання спорів, що виникають з відносин заподіяння шкоди медичним працівником: світова та вітчизняна практика	121
3.2. Особливості судового розгляду справ про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником	135
3.3. Доказування у цивільних справах про відшкодуванні шкоди, завданої медичним працівником	151
Висновки до розділу 3	166
<b>ВИСНОВКИ</b>	169
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	179

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ЄСПЛ – Європейський суд з прав людини.

КЗпП України – Кодекс законів про працю України.

КК України – Кримінальний кодекс України.

Основи – Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

ЦК України – Цивільний кодекс України.

ЦПК України – Цивільний процесуальний кодекс України.

АВС – Альтернативне вирішення спорів.

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Сфера надання медичної допомоги та медичних послуг є надзвичайно затребуваною з боку пацієнтів, це пов'язане не тільки із її значущістю та важливістю для кожної людини, а також із низкою тих проблем, які постійно виникають в процесі надання, споживання, фінансування та оцінки якості медичної допомоги та відповідних медичних послуг. Особливо важливим видається забезпечення реального захисту прав пацієнтів з огляду на чисельні випадки заподіяння різних видів та обсягів шкоди медичними працівниками своїм пацієнтам в процесі виконання ними своїх професійних обов'язків.

Відносини у сфері надання медичних послуг, враховуючи їх специфіку, регулюються різними галузями права (цивільним, господарським, трудовим, правом соціального забезпечення, фінансовим, адміністративним, кримінальним та процесуальними галузями права). Таким чином, сфера медичної діяльності охоплює різні за видами, змістом та наслідками правовідносини які, з одного боку, регулюються нормами різних галузей права, але з іншого – є нерозривними правовідносинами, що комплексно регулюються різними галузями права.

Водночас, лєвова частка справ, що стосуються відшкодування шкоди, завданої медичним працівником – за своїм характером приватно-правові, тому розглядаються в порядку цивільного судочинства. В зв'язку з зазначеним вище, дослідження відшкодування шкоди, завданої медичним працівником в порядку цивільного судочинства України слід визнати актуальним.

Слід одразу звернути увагу, що більшість сучасних українських наукових досліджень правової природи шкоди, завданої медичними працівниками, зосереджено на поняттях «медична допомога», «медичне обслуговування», «медична послуга» тощо і було здійснене до їх офіційного закріплення у законодавстві та проведення останньої

масштабної медичної реформи; при цьому підходи до розуміння цих понять були неоднозначними та досить суперечливими. Однак здійснені наукові дослідження вказаних категорій призвели до їх офіційного тлумачення законодавством, що спрощує їх застосування на практиці хоча і не виключає проблем.

Відзначимо, дослідження цих понять та їх правової природи у своїх наукових роботах здійснювали такі вітчизняні науковці: Т. Б. Блащук, Н. Б. Болотіна, С. Б. Булеца, О. Є. Васильєва, І. В. Венедиктова, В. О. Галай, А. А. Герц, І. О. Ізарова, Р. Ю. Гревцова, Ж. В. Васильєва-Шаламова, Н. М. Квіт, С. О. Кравцов, Т. В. Заварза, О. С. Кізлова, О. В. Крилова, Р. А. Майданик, Г. А. Миронова, С. В. Нагорна, З. О. Надюк, Д. О. Новіков, М. І. Пасько, В. М. Пашков, І. М. Парашич, О. О. Прасов, А. М. Савицька, В. О. Савченко, М. М. Самофал, А. О. Сироткіна, І. Я. Сенюта, О. І. Смотров, С. Г. Стеценко, Р. О. Стефанчук, О. В. Тихомиров, О. В. Чехун, С. С. Шевчук, М. Ю. Щирба та інші.

Водночас більшість дослідників медичних відносин так і не сформулювали однозначних висновків щодо взаємозв'язку та змісту вищезазначених понять та категорій. І. Я. Сенюта у своєму монографічному дослідженні медичних правовідносин відзначила, що жодне нормативне визначення «медичної послуги» так і не розкрило її природи [185, с. 30]. Вивчаючи медичні послуги, А. А. Герц виокремила ознаки послуги [30, с. 13].

Варто відмітити, що в вітчизняній науковій літературі окремі автори приділяли увагу питанням особливостей розгляду окремих категорій справ та специфіки впливу цих категорій на загальний розгляд та їх вирішення (Ю. Д. Притика, М. Й. Штефан, О. О. Грабовська, К. В. Гусаров, І. О. Ізарова, О. І. Угриновська, Т. А. Цувіна, С. С. Бичкова, Р. Ю. Ханік-Посполітак та ін.).

Водночас, застосування як науково-теоретичної основи дисертаційного дослідження загально теоретичних робіт сучасних українських науковців дало можливість всебічно дослідити цю тему та розробити відповідні висновки та пропозиції. Це роботи Ю. В. Білоусова, Н. В. Василюк, К. В. Гусарова, О. О. Грабовської, Н. Ю. Голубєвої, Ж. В. Васильєвої-Шаламової, О. С. Захарової, В. В. Комарова, С. О. Кравцова, Д. Д. Луспеника, І. О. Ізарової, Н. В. Сакари, Р. Ю. Ханік-Посполітак, О. З. Хотинської-Нор, Т. А. Цувіної, М. Й. Штефана, А. С. Штефан.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами.**

Дисертаційна робота виконана на кафедрі цивільного процесу Навчально-наукового інституту права Київського національного університету імені Тараса Шевченка в рамках таких бюджетних тем: «Розробка системного вчення про 17 основні права людини з метою втілення в Україні європейських правових цінностей у контексті розбудови громадянського суспільства» (№ 19БФ042- 01), яка досліджувалася на юридичному факультеті Київського національного університету імені Тараса Шевченка з 01 січня 2019 року по 31 грудня 2021 року, а також у межах Національної економічної стратегії на період до 2030 року, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 03 березня 2021 року № 179.

Дисертація виконувалась на кафедрі правосуддя юридичного факультету, в подальшому на кафедрі цивільного процесу Навчально-наукового інституту права Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Тема дисертації затверджена на засіданні Вченої ради юридичного факультету Київського національного університету імені Тараса Шевченка (протокол № 18 від 22 червня 2020 року).

**Мета і завдання дослідження.** Мета дисертаційної роботи полягає у формуванні комплексного теоретичного підходу до визначення порядку відшкодування шкоди, завданої медичним працівником під час розгляду та вирішення цивільних справ судом, а також розробки практичних пропозицій щодо удосконалення цивільного процесуального законодавства з метою забезпечення ефективності його застосування в судовій практиці.

Мета дисертаційного дослідження обумовила необхідність постановки й послідовного вирішення таких *завдань*:

- визначити загальні положення про право особи на медичну допомогу в законодавстві України та право пацієнта на відшкодування шкоди, завданої медичним працівником;
- з'ясувати специфіку правовідносин у сфері медичного обслуговування та надання медичних послуг (допомоги);
- визначити правовий статус надавачів медичних послуг як суб'єктів відносин з медичного обслуговування населення та пацієнта як суб'єкта відносин з надання медичних послуг;
- охарактеризувати підстави притягнення до цивільно-правової відповідальності за шкоду, завдану медичним працівником, в порядку цивільного судочинства, а саме протиправну поведінку медичного працівника як підстава притягнення до цивільно-правової відповідальності; шкоду заподіяна пацієнтові в результаті протиправних дій медичного працівника як підстава (умова) цивільно-правової відповідальності; причинний зв'язок між шкодою пацієнтові та протиправними діями медичного працівника як підстава притягнення до цивільно-правової відповідальності; вину заподіювача шкоди - медичного працівника як підстава його притягнення до цивільно-правової відповідальності
- визначити види відповідальності та уточнити поняття «медичної помилки»;

- охарактеризувати судовий та позасудовий порядок вирішення спорів, що виникають з відносин заподіяння шкоди медичним працівником;
- з'ясувати особливості судового розгляду справ про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, зокрема, доказування у цивільних справах про відшкодуванні шкоди, завданої медичним працівником;
- розробити теоретичні пропозиції та практичні рекомендації щодо удосконалення порядку відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, а саме, щодо організації розгляду справи, з'ясування фактів та доказів, а також можливості врегулювання спору мирно, з метою забезпечення основної мети цивільного судочинства.

*Об'єктом дослідження* є цивільні та цивільні процесуальні правовідносини, що виникають в ході відшкодування шкоди, завданої медичним працівником та розгляду і вирішення цивільних справ судом.

*Предметом дослідження* є міжнародні уніфіковані документи, національне цивільне процесуальне законодавство України та інших країн, практика Європейського суду з прав людини, національних судів України, доктринальні джерела, в яких встановлюється, застосовується чи аналізується інститут відшкодування шкоди, завданої медичним працівником в цивільному судочинстві.

*Методи дослідження.* Методологічну основу дослідження складають філософські, загальнонаукові та спеціально-юридичні методи, які застосовувалися з метою досягнення науково значущих результатів роботи і висновків. Зокрема, діалектичний та порівняльно-правовий методи використовувалися для з'ясування загальних засад про право особи на медичну допомогу в законодавстві України у *розділі першому роботи*. За допомогою структурно-функціонального методу було з'ясовано конкретні елементи специфіку правовідносин у сфері медичного обслуговування та надання медичних послуг (допомоги) та визначено правовий статус

надавачів медичних послуг як суб'єктів відносин з медичного обслуговування населення та пацієнта як суб'єкта відносин з надання медичних послуг (*підрозділи 1.2-1.3. дисертації*).

Історико-правовий метод надав можливість дослідити тенденції розвитку судового та позасудового порядків вирішення спорів, що виникають з відносин заподіяння шкоди медичним працівником в європейських країнах (*підрозділ 3.1 дисертації*). Статистичний метод використовувався при аналізі та дослідженні судових рішень (*розділ 3 дисертації*). За допомогою логіко-юридичного методу зроблено пропозиції щодо вдосконалення положень чинного законодавства (*висновки до дисертації*).

**Наукова новизна отриманих результатів** конкретизується у таких науково-теоретичних положеннях, висновках та пропозиціях, що виносяться на захист.

*Вперше:*

- визначено, що реалізація права особи на медичну допомогу обумовлює виникнення права пацієнта на відшкодування шкоди, завданої медичним працівником;
- доведено, що невиконання договору про надання медичних послуг є основною підставою настання деліктної відповідальності, а сам договір повинен бути основоположним при визначенні особливостей надання медичної допомоги обумовленого виду, формальною підставою для підтвердження існуючих домовленостей з конкретним пацієнтом та можливих ризиків надання йому такої допомоги.
- з'ясовано, що необхідність згоди пацієнта на медичне втручання, яка є продовженням дії та виконання договору про надання медичних послуг, а не підставою для його виникнення. Належна поінформованість пацієнта щодо методів медичної допомоги є

одним із принципів її надання та обов'язком лікаря щодо її забезпечення.

- доведено, що відносини з надання медичних послуг можуть виникати в межах соціально-забезпечувальних правовідносин та на підприємницькій (комерційній) основі, правовий статус пацієнтів та надавачів медичних послуг є відносно однаковим з точки зору основних прав та обов'язків, які виникають між суб'єктами таких відносин. Це обумовлено існуванням єдиних стандартів (соціальних, галузевих та ін.) у сфері охорони здоров'я, регламентованістю основних прав та обов'язків суб'єктів відносин з надання медичних послуг. Порушене право на охорону здоров'я передбачає відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди, оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я незалежно від форм власності.
- обґрунтовано, що заклади охорони здоров'я несуть цивільно-правову відповідальність та здійснюють відшкодування шкоди (майнової та немайнової), завданої їх медичними працівниками у повному обсязі; при цьому, застосовуючи право зворотної вимоги (регресу) до таких працівників, медичні заклади можуть отримати задоволення своїх вимог в обмеженому розмірі (у більшості випадків у розмірі не більше середнього місячного заробітку медичного працівника, що заподіяв шкоду).
- сформульовано визначення предмета доказування у справах про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, яким є обставини ( факти) матеріально-правового та процесуального характеру, якими підтверджуються чи спростовуються заявлені вимоги та заперечення учасників справи і підлягають встановленню з метою ухвалення законного та обґрунтованого рішення.

*Удосконалено:*

- поняття медичної помилки, яке не передбачає протиправної поведінки (дії чи бездіяльності) медичного працівника та не передбачає наявності вини заподіювача шкоди, тобто медична помилка не є правопорушенням;
- наукові положення щодо притягнення до цивільно-правової відповідальності у сфері професійної медичної діяльності можливе за наявності сукупності передбачених цивільним законодавством підстав: 1) протиправна поведінка (дія чи бездіяльність); 2) шкода (майнова, моральна); 3) причинний зв'язок між шкодою та протиправними діями; 4) вина заподіювача шкоди. Таким чином підставою для притягнення медичних працівників до деліктної цивільно-правової відповідальності за заподіяння майнової (моральної) шкоди є професійне правопорушення у сфері медичної діяльності;
- розуміння основних моделей відшкодування шкоди, які застосовуються в різних країнах під час вирішення питань щодо відшкодування шкоди, завданої медичним працівником: модель судового відшкодування (the judicial claim model) та модель відшкодування шкоди без вини (адміністративна модель або the no-fault compensation for damage).

*Дістали подальшого розвитку:*

- положення про характерні риси медичних послуг: 1) медична послуга передбачає надання корисних благ, що перетворює її на об'єкт споживання; 2) медична послуга є товаром і всі відносини, пов'язані із наданням та споживанням медичних послуг є мають майновий (вартісний) характер; 3) надання медичних послуг у розрізі соціально-забезпечувальних правовідносин може бути для пацієнта безоплатним (частково платним) та може обмежувати та звужувати обсяг медичних маніпуляцій, дій, медичного сервісу,

що обумовлюється рівнем гарантованого державного фінансування медичного обслуговування населення; 4) надання медичних послуг та здійснення медичної допомоги повинно відповідати галузевим стандартам; 5) надання медичних послуг виключно на професійній основі, що забезпечується шляхом надання медичної допомоги виключно професіоналами (фахівцями), які виконують свої обов'язки на підставі трудового договору;

- положення про правове регулювання відносин з надання медичних послуг, що здійснюється шляхом застосування приватно-правових та публічно-правових механізмів з огляду на важливість та соціальну значущість сфери охорони здоров'я;
- аргументи на користь запровадження обов'язкової медіації як оптимальної та найбільш дієвої формою АВС, за допомогою якого можна врегульовувати спірні питання між пацієнтами та медичними установами (або безпосередньо лікарями) за участі посередника, який виступає незалежною та неупередженою особою, з дотриманням принципів добровільності, конфіденційності та незалежності й неупередженості медіатора.
- обґрунтування доцільності обов'язкового призначення судово-медичної експертизи у справах про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, яка повинна дати відповідь на питання причини несприятливого результату надання медичної допомоги чи смерті пацієнта, наявності медичної помилки, наявності можливості у лікаря спрогнозувати можливі негативні наслідки медичного втручання, наявності порушень в організації охорони здоров'я в закладі охорони здоров'я.

На підставі розроблених теоретичних висновків запропоновано низку пропозицій щодо оптимізації цивільного, трудового та цивільного процесуального законодавства України з метою комплексної реалізації та

забезпечення прав пацієнта на медичну допомогу. Зокрема, пропонується переглянути порядок застосування норм трудового права до медичних працівників при притягненні їх до відповідальності у порядку зворотної вимоги (регресу). За заподіяння шкоди шляхом протиправної винної поведінки медичного працівника притягнення його до відповідальності у вигляді відшкодування шкоди повинно здійснюватися за нормами цивільного законодавства.

Такий порядок повинен бути закріплений у діючому законодавстві прямою вказівкою закону. Відшкодування шкоди закладом охорони здоров'я при заподіянні шкоди медичним працівником є, з нашої точки зору, доцільною конструкцією, оскільки більш надійно забезпечує можливість отримати гарантоване відшкодування постраждалою особою.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому, що висновки, отримані впродовж проведеного дослідження, можуть бути використані:

*у нормотворчій діяльності* – як підґрунтя для подальшого реформування інституту відшкодування шкоди, завданої медичним працівником в порядку цивільного судочинства;

*у науково-дослідній сфері* – як методологічне підґрунтя для подальших науково-теоретичних досліджень для удосконалення положень цивільного, трудового та цивільного процесуального законодавства України;

*у правозастосовчій діяльності, зокрема, під час розгляду і вирішення судами справ про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником;*

*у навчальному процесі* під час викладання дисциплін «Цивільний процес України», «Особливості розгляду окремих категорій спорів» та «Медичне право», а також при підготовці відповідної навчально-методичної літератури.

### **Апробація результатів дисертації.**

Основні положення, науково-практичні висновки, пропозиції та рекомендації даного дисертаційного дослідження розглядалися на засіданнях кафедри цивільного процесу Навчально-наукового інституту права Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Результати даного дисертаційного дослідження були представлені та обговорені на низці науково-практичних конференцій, зокрема: міжнародній науково-практичній конференції «Тенденції розвитку юридичної науки в інформаційному суспільстві» (м. Одеса, 28 грудня 2018 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Науковий потенціал та перспективи розвитку юридичної науки» (м. Запоріжжя, 26–27 березня 2021 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання розвитку юридичної науки та практики» (м. Київ, 21 травня 2021 р.); IV міжнародній науково-практичній конференції «Interdisciplinary Research: Scientific Horizons and Perspectives» (м. Вільніус, 11 листопада 2022 р.); круглому столі «Альтернативні способи вирішення цивільних спорів» (Одеса, 29 березня 2021 р.).

**Публікації.** Основні положення, висновки, пропозиції та рекомендації, що містяться у дисертації, знайшли своє відображення в 9 публікаціях. З них: 4 наукові статті у фахових виданнях з юридичних наук, а також 5 тез наукових доповідей на науково-практичних конференціях.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація складається зі вступу, 3 розділів, які охоплюють 10 підрозділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить – 212 сторінок, з них основного тексту – 178 сторінок. Список використаних джерел складається зі 260 найменувань та міститься на 34 сторінках.

## **РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ПРО ПРАВО ОСОБИ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В ЗАКОНОДАВСТВІ УКРАЇНИ**

### **1.1. Специфіка правовідносини у сфері медичного обслуговування та надання медичних послуг (допомоги)**

Сфера надання медичної допомоги та медичних послуг завжди привертає до себе багато уваги і це пов'язане не тільки із її значущістю та важливістю для кожної людини, а також із низкою тих проблем, які постійно виникають в процесі надання, споживання, фінансування та оцінки якості медичної допомоги та відповідних медичних послуг. Особливо привертають до себе увагу чисельні випадки заподіяння різних видів та обсягів шкоди медичними працівниками своїм пацієнтам в процесі виконання ними своїх професійних обов'язків. Відносини у сфері надання медичних послуг, враховуючи їх специфіку, регулюються різними галузями права (цивільним, господарським, трудовим, правом соціального забезпечення, фінансовим, адміністративним, кримінальним та процесуальними галузями права). Таким чином, сфера медичної діяльності охоплює різні за видами, змістом та наслідками правовідносини які, з одного боку, регулюються нормами різних галузей права, але з іншого – є нерозривними правовідносинами, що комплексно регулюються різними галузями права [157].

Надання медичної допомоги та послуг пов'язане із такими важливими природно-соціальними категоріями як збереження життя та здоров'я людини, що в процесі здійснення охоплює не тільки інтереси пацієнта та членів його сім'ї, інших осіб, а також опосередковано залучає до цього процесу державу і суспільство.

Для більшості правових норм, що призначені для регулювання відносин охорони здоров'я та, зокрема, медичної діяльності основне призначення полягає у врегулюванні професійної діяльності медичного

працівника, який повинен надати адекватну медичну допомогу з точки зору застосування професійних знань, навичок та умінь, що обумовлене їх професійністю.

Правове регулювання відносин, які виникають між медичним закладом та пацієнтом, здійснюється в основному нормами цивільного права, що, як наслідок, призводить до виникнення цивільно-правових спорів, пов'язаних із заподіянням шкоди пацієнтам медичними працівниками в процесі надання ними медичної допомоги та послуг. Виникає необхідність дослідження правового статусу суб'єктів відповідних відносин, визначення об'єкту таких правовідносин, а також їх юридичного змісту. Адже заподіяння шкоди пацієнту, виникнення спору та права вимоги на її відшкодування виникає тільки в межах правовідносин, пов'язаних із медичним обслуговуванням закладом охорони здоров'я, наданням медичної допомоги професійним медичним працівником та споживанням пацієнтом медичних послуг.

Предметом представленого дослідження є процесуальні (охоронні) відносини, пов'язані із розглядом та вирішенням справ про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, в судовому порядку та дослідження особливостей порядку позасудового врегулювання зазначених спорів. Однак процесуальні відносини обумовлені матеріальними (регулятивними) відносинами, пов'язаними із функціонування сфери охорони здоров'я, зокрема медичною діяльністю, що породжує велике коло різноманітних відносин, пов'язаних із наданням медичної допомоги та здійсненням різних видів медичного обслуговування. Медичне обслуговування насамперед полягає у наданні медичних, в тому числі і реабілітаційних послуг. Процес надання медичної (реабілітаційної) допомоги опосередковується наданням послуг з медичного обслуговування (медичних послуг). Таким чином, правове регулювання медичної діяльності здійснюється шляхом використання спеціальної термінології та понять, кожне з яких має своє визначення та

юридичне призначення. Розмежування та визначення змісту основних категорій та понять медичної діяльності надає можливість не тільки повноцінно визначитися із особливостями її правового врегулювання, а також, у разі виникнення спорів, заподіяння шкоди або у разі виникнення інших шкідливих наслідків, забезпечити належний захист постраждалих суб'єктів відповідних відносин та забезпечити охоронну функцію правових норм у вказаній сфері.

Сфера охорони здоров'я є тим великим осередком, який охоплює всі види медичної діяльності та, відповідно, медичного обслуговування. Охорона здоров'я є одним із пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава, насамперед, формує політику охорони здоров'я в Україні та повинна забезпечувати її реалізацію. Діяльність держави та реалізація її політики у сфері охорони здоров'я здійснюється шляхом затвердження системи стандартів, які включають державні соціальні нормативи та галузеві стандарти (ст. 14<sup>1</sup> Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [103], Закон України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» [140], Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [141] та інші). Діяльність держави у сфері охорони здоров'я реалізується через діяльність спеціальних органів державної влади, як централізованих, так і місцевих (центральні органи, які безпосередньо формують та реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я; інші органи, які реалізують державну політику у сферах санітарного та епідеміологічного благополуччя населення, контролю якості та безпеки лікарських засобів та інші; органи місцевої державної влади, що здійснюють управління закладами охорони здоров'я в межах регіональних госпітальних округів). При здійсненні медичного обслуговування та наданні медичної допомоги спеціальні заклади та медичні працівники повинні дотримуватися принципів охорони здоров'я та відповідних державних та галузевих стандартів, а також, слід звернути увагу, що Основами визначається

законодавчий, необхідний порядок направлень пацієнта до медичного закладу, в тому числі відображається спосіб отримання медичної допомоги Останній формується Міністерством охорони здоров'я України (ст. 33 Основ).

Таким чином, відповідно до ст. 3 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» та змісту відносин у сфері охорони здоров'я, це – систематичні заходи, що мають за мету зберегти і відновити такий фізіологічний та психологічний стан функції, який би був оптимальним для працездатної особи та поніс би соціальну активність особи при максимальному біологічно можливому тривалому життю.

Як вже зазначалося такі заходи здійснюють різноманітні органи державної влади, окрему увагу необхідно приділити саме Міністерству охорони здоров'я України, тому це є центральний орган виконавчої влади, що встановлює, змінює та припиняє специфічні відносини із закладами медичного характеру, а також встановлює загальнообов'язкові правила поведінки у зазначеній сфері.

Медична діяльність є основною ланкою у сфері охорони здоров'я, що безпосередньо пов'язана із практикою лікування та реабілітації пацієнтів кваліфікованими працівниками у межах спеціально створених лікувальних та реабілітаційних закладів. Чинне законодавство не містить офіційного тлумачення медичної діяльності, але досліджуючи законодавство у сфері охорони здоров'я та наявність офіційних, законодавчо закріплених, тлумачень таких понять як «медична допомога», «реабілітаційна допомога», «медичне обслуговування», «послуга з медичного обслуговування», «реабілітаційна послуга», пропонуємо її визначити як діяльність у сфері охорони здоров'я, що безпосередньо пов'язана із наданням медичної, домедичної та (або) реабілітаційної допомоги в процесі медичного обслуговування, в першу чергу шляхом надання пацієнтам медичних та (або) реабілітаційних послуг.

Законодавством України встановлене визначення медичної допомоги, що в свою чергу є професійною діяльністю, медичного працівника, яка має на меті створення факторів для профілактики, діагностики і лікування на різних стадіях захворювання особи, а також надання професійної компетентної допомоги при вагітності та пологах.

Таким чином, завдяки офіційно закріпленим визначенням медичної (реабілітаційної) допомоги, ми вже можемо акцентувати увагу на її характерних рисах, насамперед таких, як здійснення професіоналами (фахівцями), тобто виключно на професійній основі, що дозволяє більш повно визначити правовий статус осіб, які надають таку допомогу, їх права та обов'язки, межі відповідальності та інше. Спрямування медичної (реабілітаційної) допомоги пов'язане із профілактикою, діагностикою, лікуванням, відновленням та оптимізацією функціонування людини (пацієнта) у навколишньому середовищі.

Надання медичної та (або) реабілітаційної допомоги здійснюється через організацію медичного обслуговування, що в свою чергу є професійною діяльністю, медичного працівника, яка має на меті створення факторів для профілактики, діагностики і лікування на різних стадіях захворювання особи, а також надання професійної компетентної допомоги при вагітності та пологах. Таким чином, звертаємо увагу на дещо однопорядковість понять «медична (реабілітаційна) допомога» та «медичне обслуговування». Медичне обслуговування здійснюється різними закладами охорони здоров'я, але метою такої діяльності є надання медичної (реабілітаційної) або іншої допомоги (наприклад, домедичної). Тобто медична (реабілітаційна) допомога надається професіоналами (фахівцями), які реалізують свої професійні навички та вміння через сферу медичного обслуговування (через спеціальні заклади або самостійно, за умови дотримання ліцензійних умов тощо).

Надання домедичної допомоги входить до сфери медичного обслуговування, але є окремою категорією, яка розглядається відокремлено від медичної допомоги.

Законодавством встановлено, що домедичною допомогою є особливі заходи медичного характеру. Які за своєю метою сприяють відновленню стану особи до її першочергового стану. Власне домедична допомога може надаватися не лише медичними працівниками. Відтак, в Правилах дорожнього руху зокрема встановлюється обов'язок допомоги особи, що потрапила у ДТП та описані специфічні навички необхідні для надання домедичної допомоги [134]. Особливою передумовою вчинення таких навичок є бажання допомогти та знання як це правильно зробити, щоб не нашкодити особі. Такими чином, можна зробити висновок, що питання надання домедичної допомоги не відноситься до власне медичної допомоги а за своєю метою є підтримуючою функцією для очікування медичного працівника.

Медичне обслуговування спеціальними закладами охорони здоров'я реалізується в процесі надання професіоналами (фахівцями) медичної (реабілітаційної) допомоги шляхом безпосереднього надання так званих медичних та (або) реабілітаційних послуг.

Законодавством встановлена диференціація між медичною послугою та послугою реабілітації.

Відповідно до законодавства, медичною послугою є послуга, яка може надаватися споживачу тобто пацієнту комунальним або державним медичним закладом, в тому числі само зайнятим лікарем або медичним працівником, що має достатні знання у відповідній галузі, що підтверджується відповідним дипломом державного зразка.

А от, реабілітаційна послуга на відміну від медичної надається іншими закладами медичного спрямування – реабілітаційними та на своїм меті мають підтримати вже улагоджений стан здоров'я особи.

Пацієнт, таким чином, при зверненні до спеціальних закладів охорони здоров'я за медичною (реабілітаційною) допомогою отримує її у вигляді комплексу медичних послуг. Це остання ланка відповідних відносин, але вона є ключовою, оскільки в процесі отримання таких послуг відбувається досягнення бажаного пацієнтом результату (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація тощо). Хоча характер таких відносин замикається у коло, оскільки, як бачимо, якщо пацієнт звертається за медичною допомогою, то отримує її виключно через надання медичної послуги. Медична послуга відображає юридичний порядок та організацію її надання та в деякій мірі використання, в той час як медична допомога - є комплексом різних дій медичного характеру, що складають професію медичного працівника та спрямовані на досягнення конкретного фізіологічного результату [96].

Слід одразу звернути увагу, що більшість наукових досліджень правової природи таких понять як «медична допомога», «медичне обслуговування», «медична послуга» тощо було здійснене до їх офіційного закріплення у законодавстві та проведення останньої масштабної медичної реформи; при цьому підходи до розуміння цих понять були неоднозначними та досить суперечливими. Однак здійснені наукові дослідження вказаних категорій призвели до їх офіційного тлумачення законодавством, що спрощує їх застосування на практиці хоча і не виключає проблем. Адже, наприклад, медична та реабілітаційна послуга у законодавстві визначені через поняття «послуга», із зазначенням її суб'єктів, вказівкою на оплатний характер, але без визначення її змісту.

Відзначимо, дослідження цих понять та їх правової природи у своїх наукових роботах здійснювали такі вітчизняні науковці: С. В. Антонов, Т. Б. Блащук, Н. Б. Болотіна, С. Б. Булеца, О. Є. Васильєва, І. В. Венедиктова, В. О. Галай, А. А. Герц, І. О. Ізарова, Н. М. Квіт, Р. Ю. Гревцова, Ж. В. Васильєва-Шаламова, С. О. Кравцов, Т. В. Заварза, О. С. Кізлова, О. В. Крилова, Р. А. Майданик, Г. А. Миронова,

С. В. Нагорна, З. О. Надюк, Д. О. Новіков, М. І. Пасько, В. М. Пашков, І. М. Паращич, О. О. Прасов, А. М. Савицька, В. О. Савченко, М. М. Самофал, І. Я. Сенюта, О. І. Смотров, С. Г. Стеценко, Р. О. Стефанчук, О. В. Чехун, М. Ю. Щирба та інші.

В межах цивільних правовідносин послуга є одним із об'єктів цивільних прав (ст. 177 ЦК України). Послуга є об'єктом групи цивільно-правових договорів про надання послуг, характерною рисою яких є споживання послуги в процесі вчинення певної дії або здійснення певної діяльності (ч. 1, ст. 901 ЦК України) [203]. Таким чином, виходячи із зазначеної норми, будь-яка послуга є сукупністю певних дій чи певна діяльність; зі свого боку можемо додати, що це також може бути певний результат, що досягається шляхом здійснення комплексу дій, в тому числі і протягом тривалого часу.

Так, більшість дослідників медичних відносин так і не сформулювали однозначних висновків щодо взаємозв'язку та змісту вищезазначених понять та категорій. І. Я. Сенюта у своєму монографічному дослідженні медичних правовідносин відзначила, що жодне нормативне визначення «медичної послуги» так і не розкрило її природи [185, с. 30]. Але однозначно можна вказати, якщо звернути увагу на етимологію поняття «послуга», що у більшості випадків послуга розглядається через її споживчий характер.

Цілком підтримуємо такий погляд на характер медичних послуг, тобто пацієнт є споживачем відповідних послуг, в процесі отримання медичної допомоги він отримує корисні для себе блага, так би мовити сприймає їх, пропускає через свій організм та отримує певною мірою якісно оновлений фізіологічний (психічний) стан. При цьому не зважаючи на зміст медичної допомоги та, відповідно, характер послуги (діагностика, лікування, профілактика) її споживчий характер не втрачається.

Вивчаючи медичні послуги, А. А. Герц виокремила наступні ознаки послуги: по-перше, її неуречевлений характер (це певне благо спрямоване

на задоволення потреб одержувача послуги), по-друге, вона споживається у процесі її надання і, по-третє, споживанню послуги завжди повинна передувати певна дія або діяльність її виконавця [30, с. 11]. А. А. Герц в процесі дослідження ознак медичних послуг вказувала, що «замовнику не передається якийсь існуючий товар або існуюче право, а обов'язок виконавця полягає саме в наданні медичної послуги (комплексу послуг) і, саме на ці і тільки ці дії у замовника і виникає право вимоги» [29, с. 73–74]. Таким чином, з позиції А. А. Герц, медична послуга – це визначена договором або законом дія чи комплекс дій медичної установи (лікаря) – послугодавців, спрямований на діагностику, лікування або профілактику захворювання, які є самостійним виокремленим об'єктом і мають вартісну оцінку [30, с. 13].

Визначення вартості медичної послуги породжує низку проблем, що обумовлюються специфікою таких послуг, державною політикою у сфері охорони здоров'я та ринковою економікою. Так, наприклад, дослідники ринку медичних послуг з економічної точки зору, відзначають, що медична послуга, будучи товаром ринку, різко відрізняється від якого-небудь іншого товару або послуги і характеризується рядом власних ознак: не існує до початку виробництва; трудомістка і не має чіткої вартості до закінчення виконання; не матеріальна; важко піддається розрахунку; персоніфікована; інтелектуально залежить від виробника послуги; якість послуги мінлива навіть при виконанні її одним й тим самим лікарем; є суб'єктивною і залежить від особливостей споживача та ін. [88].

Наприклад, на кожний рік приймається Програма державних гарантій медичного обслуговування та розроблюється Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, що визначають тарифи за надання різного виду медичних послуг.

І. В. Венедиктова вказала, що для медичних послуг характерна непостійність якості та можливість ненастання бажаного результату, навіть при належному наданні і споживанні послуги. Так, «пацієнт може і не

отримати корисного ефекту від належного лікування (в силу прогресу розвитку захворювання, індивідуального сприйняття ліків тощо), проте медична діяльність лікаря має бути оплаченою». В результаті дослідження, медична послуга визначена як «корисна діяльність послугодавця, яка спрямована на задоволення потреб щодо здоров'я фізичної особи і має нематеріальний характер» [22, с. 46].

Як бачимо, медична послуга розглядається як корисна діяльність в результаті якої може і не настати корисного ефекту, при цьому відсутність корисного ефекту не завжди є результатом неналежної діяльності послугодавця. Медицина є складною сферою практичної діяльності, результати якої залежать не тільки від рівня накопичених знань у відповідній сфері та професійності медичних працівників, а також від індивідуальних особливостей кожного окремого організму, загального стану здоров'я конкретного пацієнта, часу звернення за допомогою тощо. У зв'язку з цим в результаті професійної, належної якості медичної практичної діяльності може не настати бажаного результату. Слід також звернути особливу увагу, що на відсутність корисного ефекту суттєво впливає неналежне споживання послуги пацієнтом, наприклад, неналежне виконання чи невиконання пацієнтом приписів лікаря.

Таким чином, зазначені характерні риси медичних послуг впливають на питання наявності або відсутності підстав для притягнення медичних працівників за шкоду заподіяну пацієнтові. Адже в деяких випадках медичні послуги надані в повному обсязі та належної якості, при цьому, наприклад, настає негативний ефект від лікування, що сприймається як шкода, завдана медичним працівником в процесі надання медичної допомоги. В таких випадках часто відсутній причинний зв'язок між поведінкою лікаря і шкідливими наслідками (відсутністю бажаного ефекту від лікування).

На наш погляд, І. В. Венедиктова досить чітко окреслила сутність та галузеву належність правовідносин, пов'язаних із наданням медичних

послуг пацієнтові та наданням медичної допомоги медичними працівниками. Науковець відзначила, що «маючи економічний зміст, медичні послуги набувають форми майнових відносин, а, отже, стають предметом регулювання цивільного права. Принципами такого регулювання є свобода волевиявлення і юридична рівність сторін. В разі оплатного надання послуг все просто: пацієнт і лікар (медична установа) укладають договір про вчинення певних дій. Пацієнт виконанням цього договору задовольняє немайновий інтерес, лікар (медична установа) – майновий. Якщо з боку послугодавця виступає державна або комунальна установа, пацієнт задовольняє все той же немайновий інтерес. Установа – виконує свої функції з надання послуги (наприклад, терапевтичного характеру). Чи знаходяться її дії в площині цивільного права? Проте і в першому, і в другому випадку послуга має однаковий зміст і результат. Отже, з огляду І. В. Венедиктової, «державна (комунальна) установа виконує свою функцію по безкоштовному наданню послуги, при цьому послуга не перестає бути послугою і не перетворюється в медичну допомогу. Механізм відшкодування можливих збитків буде той же самий, що і при оплатному наданні послуг, застосовуючи норми деліктного цивільного законодавства» [22, с. 46].

Надання медичних послуг та, відповідно, здійснення медичного обслуговування різними за організаційно-правовою формою медичними установами на оплатній або безоплатній основі, викликало значну кількість наукових спорів та дискусій. Предметом таких спорів стало з'ясування юридичної природи відповідних відносин та їх поділ на цивільно-правові та відносини соціально-забезпечувального характеру. Надання медичних послуг комерційними (приватними) медичними закладами на підставі цивільно-правових договорів із пацієнтом (наприклад, договору про надання тих чи інших медичних послуг) на платній основі прямо вказує на цивільно-правову природу таких відносин. Однак, враховуючи визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом

діяльності суспільства і держави та закріплення у діючому законодавстві основних складових права на охорону здоров'я, слід звернути увагу на наявність соціально-забезпечувального аспекту відносин з надання медичних послуг та отримання медичної допомоги.

Згідно із існуючими положеннями законодавства України, державна не лише виступає гарантом надання якісних медичних послуг громадянам України, а й в тому числі іноземцям, особами без громадянства. Держава взяла на себе зобов'язання фінансувати такі медичні послуги для громадян. Для належного виконання взятих на себе зобов'язань держава затверджує відповідні гарантійні програми для розуміння наданого обсягу медичної допомоги та допомоги в реабілітації.

У цьому контексті варто також підкреслити необхідність розвитку й удосконалення законодавчої бази України відносно охорони здоров'я, адже, як слушно зазначає Р. Ю. Гревцова, перетворення в охороні здоров'я повинні бути здатними не тільки вирішувати поточні проблеми, а й створювати умови для проактивного реагування на ризики та загрози, які притаманні сучасному глобалізованому світові. Це зумовлює необхідність у поглибленому вивченні міжнародно-правових рішень, які знайдені світовим співтовариством, та зарубіжних законодавчих рішень, а також в аналізі доцільності їх застосування в практиці законотворення в Україні [40].

Окрім того, Державою, як гарантом надається на безоплатній основі лікарські препарати та медичне устаткування для державних та комунальних закладів медичного характеру.

Одним із основних законодавчих актів у відповідній сфері є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [141]. Відповідно до цього Закону виступає гарантом із надання різноманітних медичних послуг до яких може бути включено надання первинної вторинної медичної допомоги, безоплатні пологи у міських, селищних, сільських пологових будинках, також обстеження та

ведення дитячих оглядів особам до досягнення 16 річного віку. Дана програма передбачена державними гарантіями, які знаходять своє відображення щорічно у Державному бюджеті України на кожний наступний рік. Як бачимо, вказані види медичної допомоги, що надаються в межах соціально-забезпечувальних правовідносин, практично охоплюють всі необхідні випадки її надання. Фінансування гарантованого соціального медичного обслуговування здійснюється на підставі договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, який укладається між закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом незалежно від форми власності чи фізичною особою - підприємцем, яка у встановленому законом порядку одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та (або) має право на надання реабілітаційної допомоги згідно із законодавством та Уповноваженим органом (Національною службою здоров'я України) (ст. 8 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»).

Таким чином, можна стверджувати, що в контексті забезпечення основних прав людини, медична допомога є складовою частиною соціально-забезпечувальних правовідносин, що цілком відповідає положенням міжнародних актів, які визначають основні стандарти надання медичної допомоги.

Надання медичних послуг в контексті соціально-забезпечувальних правовідносин обумовлено законодавчим закріпленням системи стандартів у сфері охорони здоров'я, що складаються із державних соціальних нормативів та галузевих стандартів. Державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я встановлюються відповідно до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» [140]. Завдяки таким нормативам визначаються рівні основних державних соціальних гарантій. Галузеві стандарти насамперед визначають показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які

розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики (ст. 14<sup>1</sup> Основ).

Таким чином, наявність у відносинах із надання медичних послуг соціально-забезпечувального аспекту не змінює основного призначення та сутності таких відносин для пацієнта – отримання пацієнтом в залежності від фізіологічних потреб та необхідності якісної медичної допомоги. Але, враховуючи споживчий характер медичних послуг, різноманітність видів медичної допомоги, суб'єктивність в оцінці якості медичної допомоги та інші фактори, надання медичних послуг в розрізі соціально-забезпечувальних правовідносин може обмежувати обсяги надання медичних послуг та медичної допомоги, впливати на якість та можливість вільного вибору клініки, лікарів та методів лікування тощо. Відповідні обмежувальні норми можуть бути як прямо закріплені законодавством, так і впливати із суті відносин із надання медичних послуг державними (комунальними) медичними закладами.

Незважаючи на те, хто виступає замовником медичних послуг (держава, органи місцевого самоврядування, пацієнт та інші суб'єкти права), та незважаючи на підстави для виникнення відносин з надання медичних послуг (соціальне страхування, соціальне забезпечення, цивільно-правовий договір та інші) в Україні у ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначені основні принципи охорони здоров'я до яких, в тому числі, можна віднести: величезні канали фінансування медичних послуг державою та ресурси для такого фінансування, встановлення конкурентоспроможності між закладами державної власності та підприємствами, які хочуть створити медичний заклад, орієнтованість на європейські стандарти здоров'я та національні проблеми, викликані медичною та реабілітаційною допомогою, можливість поєднання європейського досвіду та національної потреби.

Таким чином, якість медичних послуг та медичної допомоги підлягає стандартизації. Розроблення галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, проведення державної оцінки медичних технологій здійснюються у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Так, відповідно до «Порядку проведення державної оцінки медичних технологій» [120], встановлено процедуру, за якою здійснюється оцінка медичних технологій з метою можливості їх подальшого застосування в медичній практиці.

Надання медичної допомоги медичними працівниками здійснюється шляхом використання та застосування різноманітних медичних технологій, якими визнаються - методи, процедури, системи або засоби для профілактики, діагностики, лікування або медичної реабілітації, включаючи лікарські засоби (в тому числі медичні імунобіологічні препарати), медичні вироби (у тому числі допоміжні засоби до них), процедури та організаційні системи, що застосовуються у сфері охорони здоров'я. В результаті державної оцінки медичних технологій спеціально уповноваженим органом приймається рішення (висновок) щодо їх доцільності та необхідності застосування [120].

Здійснення медичної допомоги повинно відповідати чисельним, так званим, галузевим стандартам у сфері охорони здоров'я.

Розглянемо більш детально наступні.

В Україні діє медичний стандарт або так званий стандарт медичної допомоги. Це означає, що кожний медичний працівник, лікар, фельдшер тощо приступаючи до своїх обов'язків повинен розуміти правила та норми надання кожної окремої медичної послуги у сукупності та у цілому, та використовувати свої специфічні знання, уміння та навички, які не суперечать правилам встановленим законодавством.

Так території України запроваджено інститут клінічного протоколу, тобто документ який встановлює яким чином має проводитися діагностика, лікування або профілактика у сфері надання кваліфікованої медичної

допомоги. Також встановлюється етапи такого надання, у випадку порушення яких можливе настання негативних наслідків як для пацієнта так і для медичного працівника.

Окрім того, згідно даний стандартів надання лікарської допомоги діє протокол надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я. даний документ встановлює загальнообов'язкові для всіх громадян правила надання послуги реабілітації, із застосуванням високого рівня європейських та світових стандартів закріплених у документах інших держав.

Стандартами встановлюється і документ необхідний для лікарів, що визначає перелік необхідних матеріальних та технічних складових для кожного конкретного медичного закладу, без якого останній не може функціонувати як медичний заклад. Так, Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова важко уявити без обладнання необхідного для комп'ютерної томографії вад серця. Саме тому, для усунення даних ускладнень існує такий стандарт.

Стандартами надання лікарської допомоги, затверджено наявність в Україні певного лікарського формуляру, що являє собою певний реєстр у встановленому порядку зареєстрованих лікарських засобів. В ньому зазначається встановлена та очікувана ефективність від прийому лікарського засобу, його рівень безпеки. Однак, необхідно вказати, в Україні діє можливість лікуватись не лише лікарськими засобами, згідно формулярами, а й БАДами, ефективність який не є клінічно підтвердженою однак лікарями використовується широко в тому числі.

Більш детально, питання встановлений гарантій затверджено у статті 14<sup>1</sup> Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [103].

Однак, не лише вищезазначеним законом України затверджуються певні стандарти лікарської діяльності. До цього переліку відносяться у сукупності всі нормативно правові акти, закони. Що стосуються даної

сфери впливу. Міжгалузеві угоди, угоди між медичними закладами надання медичної допомоги. Єдиною умовою уніфікованості акта та його використання є затвердження останнього у Міністерстві охорони здоров'я України.

Медичні заклади комунальні або зареєстровані у встановлені законодавством порядку мають дотримуватися всіх встановлених законодавством правил та стандартів надання медичних послуг, для уникнення виникнення медичних або лікарських помилок та встановлення довірливих відносин між пацієнтом та медичним працівником.

Виходячи із вищевикладеного, можна зробити висновок, що надання медичних послуг та, відповідно, медичної допомоги обумовлюється існуючими галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я. Незважаючи на домовленості та побажання сторін договору про надання медичних послуг, в багатьох випадках порушення затверджених стандартів при наданні медичної допомоги є недопустимим. При укладенні договору про надання медичних послуг сторони можуть визначити за взаємною домовленістю ціну договору, предмет договору, обрати лікаря, але що стосується медичних технологій, то сторони договору повинні дотримуватися медичних та інших стандартів у сфері охорони здоров'я. Лікар повинен надавати медичну допомогу у відповідності із затвердженими стандартами, що є його професійним обов'язком, а пацієнт, відповідно, не має права вимагати від лікаря застосування не стандартизованих методів лікування або недотримуватися стандартизованих приписів лікаря, що є методами лікування конкретного пацієнта.

Таким чином, коли виникають спори у правовідносинах щодо надання медичних послуг, особливо, якщо мова йде про заподіяння шкоди пацієнтові, ключовим у визначенні ступеня професійності надання медичної допомоги є не тільки вміння лікаря, а також дотримання ним затверджених галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Невиконання

пацієнтом приписів лікаря, що може стати причиною заподіяння шкоди, причому як самому пацієнтові, так і, наприклад, закладу охорони здоров'я, може стати підставою для звільнення від відповідальності надавача медичних послуг та притягнення до відповідальності пацієнта.

Наявність стандартів у сфері охорони здоров'я все ж-таки відіграє значну роль у наданні якісної медичної допомоги тільки в процесі професійного виконання своїх обов'язків кваліфікованим медичним працівником. Законодавством визначено, що медична послуга надається пацієнту закладом охорони здоров'я (або фізичною особою – підприємцем), однак надання послуги здійснюється шляхом надання того чи іншого виду медичної допомоги саме професійно підготовленими медичними працівниками, що повинно забезпечувати якість, ефективність та надійність лікування, профілактики, діагностики та реабілітації.

Більшість дослідників медичних послуг насамперед акцентували увагу на такий їх рисі як надання на професійній основі. Так, З. О. Надюк вказує, що медична послуга є різновидом професійних послуг, що зумовлює підвищені вимоги до кваліфікації виконавця такої послуги. Професійний характер медичної послуги породжує проблеми та труднощі у визначенні якості наданої послуги та кваліфікації дій виконавця. Незважаючи на здійснення виконавцем медичної послуги професійних дій, їх аналіз залишається правовим [100, с. 61]. С. В. Михайлов зазначає, що медична послуга – це професійна діяльність медичних закладів (організацій) чи фізичних осіб – підприємців, які займаються приватною практикою, відповідно до існуючих медичних стандартів працівників [95, с. 7].

Як відомо, підтримання професійності здійснюється шляхом надання медичної допомоги кваліфікованими медичними працівниками, які працюють на підставі трудового договору. Так, трудове право відіграє ключову роль у сфері підтримання та забезпечення виконання роботи на професійній основі. У межах трудових правовідносин здійснюється

правове регулювання оцінювання професійних якостей працівників, їхнього професійного (кар'єрного зростання), визначення та забезпечення професійно-кваліфікаційного рівня виконання роботи у різних сферах економічної діяльності. Трудове право виступає тим правовим інструментом, за допомогою якого підтримується та забезпечується належний професійний рівень виконання тієї чи іншої роботи у різних сферах економічної й іншої діяльності, що уможливорює отримання споживачами якісного матеріального або інтелектуального продукту [21, с. 12].

Професійність надання медичної допомоги формує уявлення про якість медичної послуги, за яку несе відповідальність заклад охорони здоров'я, що здійснює медичне обслуговування. Професійні якості медичного працівника це і статус такого медичного працівника і характерна риса медичної послуги, що проявляється через надання медичної допомоги виключно на професійній основі.

Виходячи із вищевикладеного, можна зробити наступні висновки щодо визначення основних ознак медичної послуги та її місця серед інших понятійних категорій у сфері реалізації правовідносин з охорони здоров'я населення в Україні.

Закріплене нещодавно у законодавстві, зокрема в Основах законодавства України про охорону здоров'я, визначення медичної послуги не відображає основні її риси та юридичні ознаки, окрім таких як її надання закладом охорони здоров'я (або фізичною особою - підприємцем) та її оплатний характер.

Предметом медичної послуги є домовленість про надання медичної допомоги, що може включати профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію. Медична допомога є основним змістом медичної послуги, але має при цьому свої характерні властивості: 1) індивідуальний підхід до лікування кожного окремого пацієнта (індивідуальність); 2) неможливість наперед гарантувати позитивний результат (непередбачуваність);

- 3) невіддільність від конкретної особи – пацієнта (особистісний характер);
- 4) у зв'язку із невіддільністю, виникає така риса як безповоротність;
- 5) можливість застосування різних підходів до профілактики, діагностики та лікування (альтернативність) та інші.

## **1.2. Правовий статусу надавачів медичних послуг як суб'єктів відносин з медичного обслуговування населення**

Суб'єктами правових відносин, які виникають у галузі, пов'язаній з наданням медичних послуг, а отже, медичної допомоги, є особи, які надають медичні послуги, безпосередні виконавці медичних послуг та ті особи, які споживають такі послуги (їх представники, члени сім'ї тощо). До тих осіб, які покликані надавати медичні послуги, відносяться медичні заклади та фізичні особи – підприємці, які належним чином зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на право заняття медичною практикою як суб'єкти господарської діяльності. Хто ж відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» може надавати медичні послуги? [141]. До них законодавець відносить заклад охорони здоров'я усіх форм власності, в тому числі фізичних осіб - підприємців, що отримали ліцензію на провадження відповідної господарської діяльності у сфері надання медичних послуг, а також обов'язковою умовою є укладення договору стосовно медичного обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів, тобто безпосередньо – державою.

Надання медичних послуг може здійснюватися різними за формою власності медичними закладами в розрізі соціально-забезпечувальних правовідносин з медичного обслуговування та в розрізі приватних відносин.

І. Я. Сенюта зазначає, що медичні заклади як суб'єкти правовідносин з надання медичних послуг, опосередковують процес надання медичної

допомоги, організовують функціонування медичного закладу, є учасниками інформаційних правовідносин [185, с. 156].

Як зазначалося у підрозділі 1.1 вказаної роботи питання надання державних гарантій тісно переплітається із Державним бюджетом на кожний конкретний рік. Зазначена Програма, відповідно до ст. 2 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», тобто держава. Як юридична особа, кожного року бере на себе зобов'язання із визнання переліку та обсягу тих медичних послуг та лікарських засобів, які має повністю оплатити за рахунок державного бюджету. Окрім того, безоплатна медична допомога передбачає сплату профілактичних заходів у дітей та дорослих, діагностичних заходів для встановлення необхідного лікування в подальшому, реабілітаційних заходів внаслідок проведених операцій і звичайно, ведення вагітності та пологів комунальними закладами медичного характеру, та власне самих консультацій лікарів акушерів – гінекологів.

Згідно із законодавством України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», затвердження такої програми здійснюється Верховною Радою України в період затвердження бюджету.

Обсяг коштів у державному бюджету визначається часткою валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України.

При цьому видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету та підлягають сплаті із спеціального державного фонду, а не із загального як інші. Одночасно в Основах законодавства України про охорону здоров'я відзначено, що державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі не менше 10 відсотків національного доходу.

Відповідно до діючого законодавства, медичні послуги за програмою медичних гарантій надаються державними, комунальними та приватними закладами охорони здоров'я, в тому числі фізичними особами –

підприємцями. Головною вимогою, яка пов'язана з наданням медичних послуг, є укладення договорів про медичне обслуговування населення з головним розпорядником бюджетних коштів. Таким розпорядником бюджетних коштів є спеціально уповноважений орган – Національна служба здоров'я України та її територіальні органи. Національна служба здоров'я виконує функції єдиного національного замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, що функціонує на підставі Положення про Національну службу здоров'я України [114].

Укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію є однією із основних функцій Національної служби здоров'я України. Вказані договори можна охарактеризувати як різновид договорів на користь третіх осіб, які виступають у якості пацієнтів тільки у частині виконання медичних послуг та забезпечення лікарськими засобами надавачами медичних послуг.

Механізм укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій послугонадавача з Національною службою здоров'я України визначається «Порядком укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [122]. Якість таких договірних відносин впливає на якість та своєчасність медичних послуг, які отримує споживач у межах соціально-забезпечувальних правовідносин. Саме тому вже у вказаному Порядку зазначено, що сторони (надавач послуг та їх замовник) існує обов'язок постійної співпраці для досягнення мети із забезпечення належного виконання умов договору, підвищення якості та доступності медичного обслуговування пацієнтів, зокрема наступним шляхом:

1) кожна сторона має вести систематичне спостереження за тим, як своєчасно вносяться дані до системи, чи є вони точними та достовірними, мають вживати заходів для усунення неточностей;

2) систематичного та належного навчання робітників із питань які можуть стосуватись якості надання послуги за згідно із договором;

3) необхідний систематичний та обов'язків контроль за діяльністю відповідної системи;

4) встановлення обов'язку із проведення необхідних та систематичних нарад та зустрічей для належного виконання договору.

Таким чином, Національна служби здоров'я України (її територіальні органи) не є безпосереднім суб'єктом відносин з надання медичних послуг, але зазначений орган є опосередкованим учасником відносин з надання медичних послуг, який в процесі виконання своїх функцій може впливати на ті чи інші якісні та кількісні показники медичних послуг та, відповідно, медичної допомоги.

Державні та комунальні заклади охорони здоров'я в межах та обсягах дозволених законодавством можуть здійснювати комерційну господарську діяльність, однак основною метою їх створення та функціонування є надання медичних послуг у якості гарантованого державою медичного обслуговування населення. У зв'язку з цим, згідно із ч. 3, ч. 4 ст. 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням планів розвитку госпітальних округів, потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Таким чином, з метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню створюється госпітальний округ, що регулюється «Порядком функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж» [123].

Діюче нормативне регулювання України визначає госпітальний округ в якості території, у межах якої повинно забезпечуватися надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги шляхом організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я.

Заклади охорони здоров'я різняться між собою за профілем, спеціалізацією, спрямуванням тощо. Наприклад, відповідно до «Переліку закладів охорони здоров'я» [111], до них відносяться лікарняні заклади (багатопрофільні, однопрофільні, спеціалізовані, особливого типу), амбулаторно-поліклінічні заклади, заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги, санаторно-курортні заклади тощо.

Діюче законодавство України передбачає, що залежно від форми власності заклади охорони здоров'я можуть створюватися та діяти як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я не підлягають приватизації. Заклади охорони здоров'я приватної власності не обмежені у виборі організаційно-правової форми.

Форма власності та організаційно-правова форма медичного закладу певною мірою можуть впливати на якість та обсяги медичних послуг, що надаються населенню, але основною умовою функціонування будь-якого медичного закладу є ліцензування (ст. 17 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»), завдяки чому забезпечується і підтримується стандартизований рівень якості медичних послуг.

Порядок ліцензування господарської діяльності з медичної практики в першу чергу визначають Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» та «Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики» [146; 83], які встановлюють організаційні, кадрові і технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов'язкові для виконання під час провадження господарської

діяльності з медичної практики. Дія Ліцензійних умов поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб - підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики.

Ліцензування господарської діяльності з медичної практики дозволяє чітко окреслити профіль та види такої діяльності, відповідність матеріально-технічної та кадрової бази діючому законодавству. Таким чином, медичні послуги (медична допомога) повинні відповідати всім вимогам її стандартизації, в тому числі при необхідності пройти атестацію, акредитацію та сертифікацію тощо.

Слід відзначити, що особлива увага при ліцензуванні медичної діяльності приділяється кадровим вимогам. Як вже зазначалося, медичні послуги надаються виключно на професійній основі, тобто медичну допомогу повинні надавати особи, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим законодавством. Оскільки основним змістом відносин з надання медичних послуг є медична допомога, то ми переходимо до наступних суб'єктів відповідних відносин – це безпосередні надавачі медичної допомоги – медичні працівники (професіонали та фахівці).

Як відзначено дослідниками правового статусу медичних працівників, найголовнішою вимогою до медичного працівника як професіонала своєї справи є професійний підхід до виконання своїх обов'язків. Адже саме на професійність, точніше не професійність звертають увагу пацієнти при зверненні до судового органу за захистом внаслідок порушення права та спричинення шкоди.

Професійність підтверджується належною кваліфікацією медичного працівника. Відтак, це означає, що лікар ортопед не може надавати послуги хірургічного втручання до серцево-судинної системи. Так, як наслідок такого втручання є можливе спричинення шкоди пацієнту, каліцтва або навіть смерті. Еквівалентність даної шкоди може виражатись

у позовах про відшкодування матеріальної або моральної шкоди в цивільному судочинстві [20, с. 134].

Відповідно, що ж є професійною кваліфікацією? До даної когорти можна віднести: освіту медичного працівника: вищу або середню базову; можливість виконання покладених обов'язків згідно посадових інструкцій. Але варто наголосити на справжність можливості виконати такий обов'язок, а не абстрактного бачення особою своєю професійного обов'язку; бажання до розширення професійних горизонтів. Тобто бажання до пізнання нового як під час самонавчання так і за допомогою кваліфікованих курсів. Відзначаємо, що Держава сприяє професійному навчанню медичних працівників [20, с. 135].

Медичні працівники, з одного боку, є учасниками цивільних правовідносин із надання медичних послуг, а з іншого боку, вони є суб'єктами трудового права, та надання медичної допомоги є їх професійними обов'язками щодо реалізації трудової функції.

Отже, заклад охорони здоров'я, який надає медичні послуги та є стороною договору, буде нести цивільно-правову відповідальність за шкоду, заподіяну пацієнтові, попри те, що в практиці частими є випадки, коли заподіяння такої шкоди пов'язане із діями чи бездіяльністю саме медичного працівника (ст. 1172 ЦК України).

Законодавство не чітко визначає статус медичного працівника, а тому на наш погляд такий правовий статус повинен здебільшого визначатися та регулюватися нормами трудового права та спеціального медичного законодавства.

Основи законодавства України про охорону здоров'я встановлюють певні вимоги до професійної кваліфікації особи, що мають на меті надавати медичну послугу. Вони є єдиними для всіх осіб та підлягають виконанню.

Звертаємо увагу, що уніфіковані вимоги до кваліфікації медичного працівника містяться у Довіднику кваліфікаційних характеристик

професій [46], який створений для забезпечення медичного працівника роботою відповідної спеціалізації. Тобто, як раз в цьому довіднику і встановлено, що саме має роботи хірург його освіти та стаж, а що має роботи лікар акушер гінеколог та вимоги до його професійних компетентностей.

Керівниками медичних закладів будь-якої форми власності встановлюється відповідальність за працевлаштування певного медичного працівника на певну посаду, та наділення відповідного працівника тими професійними обов'язками, що не суперечать законодавству. Адже у випадку спричинення шкоди пацієнтові відповідальність несе сам заклад медичного характеру, тобто його керівник. Проте детальніше про таку відповідальність описано у розділі 3 цієї роботи.

Таким чином, до медичних працівників належать професіонали, які здобули вищу медичну освіту та фахівців, що мають медичну освіту, та займаються тим, що надають необхідну медичну допомоги у сфері медичного обслуговування.

Лікар – це професіонал у сфері медицини, який має спеціальність у галузі лікувальної справи, педіатрії, стоматології, медико-профілактичної справи та в інших галузях, здійснює медичну допомогу, що спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами, яка здійснюється у сфері медичного обслуговування.

Медична сестра – це фахівець у сфері медицини, який має спеціальність у галузі лікувальної справи, акушерської справи, медико-профілактичної справи, лабораторної діагностики, стоматології та в інших галузях, є помічником лікаря у наданні медичної допомоги, виконує його призначення та здійснює сестринський процес, що спрямований на профілактику, діагностику та лікування пацієнтів.

Таким чином, працівники, які не відносяться до цих двох категорій осіб не можуть відноситися до категорії медичного працівників, хоча є

працівниками охорони здоров'я. В тому числі, технічні працівники, що працюють у сфері охорони здоров'я, не вважаються медичними працівниками адже вони не мають притаманних для даної категорії осіб знань, умінь та навичок, а мають інші вузькоспеціальні знання [20, с. 141].

Виходячи із вищевикладеного, можна зробити наступні висновки щодо особливостей правового статусу надавачів медичних послуг як суб'єктів відносин з медичного обслуговування населення.

Правовий статус медичного закладу (фізичної особи – підприємця) як надавача медичних послуг у відносинах щодо медичного обслуговування населення та надання, відповідно, медичних послуг, в першу чергу визначається та забезпечується наявністю ліцензії та відповідністю ліцензійним умовам на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Медичне обслуговування населення різних форм власності може здійснюватися в межах приватних відносин та в межах соціально-забезпечувальних правовідносин.

Медичні заклади як надавачі медичних послуг несуть відповідальність за їх якість, своєчасність, професійність надання медичної допомоги, що передбачає здійснення медичними закладами самоорганізації своєї діяльності, ефективного управління, а з метою належного забезпечення громадян медичними послугами в межах соціально-забезпечувальних правовідносин, тісної співпраці із спеціально-уповноваженим органом (НСЗУ) та своєчасне визначення і дотримання умов договору про медичне обслуговування населення.

### **1.3. Пацієнт як суб'єкт відносин з надання медичних послуг**

Наступним суб'єктом відносин щодо надання медичних послуг виступає пацієнт.

Пацієнти у відносинах із надання медичних послуг, виходячи із сутності таких відносин та характеру послуг, є їх споживачами. Правовий статус споживача медичних послуг в медико-правових відносинах, на думку багатьох дослідників, відіграє значну роль, адже реалізація ним своїх прав є підставою для виникнення, зміни та припинення даних правовідносин, обумовлює права і обов'язки інших учасників відносин та функціонування всієї сфери охорони здоров'я [193, с. 52].

Відповідно до Закону України «Про захист прав споживачів» [145], споживач – фізична особа, яка придбаває, замовляє, використовує або має намір придбати чи замовити продукцію для особистих потреб, безпосередньо не пов'язаних з підприємницькою діяльністю або виконанням обов'язків найманого працівника. Хоча одразу слід зазначити, що специфіка відносин з надання медичних послуг та їх споживання, на наш погляд, не дозволяє нам застосовувати зазначений нормативний акт для врегулювання відповідних відносин та визначати характерні риси пацієнта як суб'єкта відносин з надання медичних послуг. При цьому у зазначеному вище визначенні споживача, є риси, які притаманні споживачам медичних послуг, по-перше, це завжди фізичні особи; по-друге, послуга використовується для задоволення особистих потреб. Відповідно до ст. 3 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я України», пацієнт – фізична особа, яка звернулася за медичною та/або реабілітаційною допомогою або медичною послугою та/або якій така допомога або послуга надається.

Подібні, досить абстрактні визначення поняття «пацієнт», містяться і у більшості наукових джерел, які протягом тривалого часу не набувають конкретних юридично значущих рис.

Так, у науковій літературі у різні часи зустрічалися наступні визначення:

- 1) пацієнт – це фізична особа, яка у встановленому порядку отримує медичну допомогу (профілактичну, лікувальну, реабілітаційну)

або піддається медико-біологічним дослідом (клінічним випробуванням) з боку медичних працівників [9, с. 301–304];

- 2) пацієнт – людина, яка звернулася до лікувально-профілактичного закладу за діагностичною, лікувальною чи профілактичною медичною допомогою, або особа, яка бере участь як досліджуваній у клінічних випробуваннях лікарських засобів [191, с. 128];
- 3) пацієнт – це фізична особа, яка набуває статусу споживача медичних послуг у результаті звернення за наданням діагностичної, профілактичної, лікувальної чи реабілітаційної медичної допомоги або шляхом реалізації права бути учасником медико-біологічного експерименту [193, с. 54];
- 4) і серед останніх досліджень - «пацієнт» – це людина (в особливих випадках її плід), яка вступила у правовідносини з приводу її здоров'я з органом охорони здоров'я чи особою, що займається приватною медичною практикою, звернувшись особисто (за винятком випадків, зазначених у законі) за отриманням медичної допомоги чи іншими медичними послугами, або користується ними, незалежно від наявності в неї захворювання, або бере участь у медичному експерименті в ролі піддослідного [216, с. 86].

Як зазначають М. Ватгада і Р. Гревцова, «важливо, щоб у спробах врегулювати різноманітні відносини, пов'язані зі здоров'ям людини, не забули про пацієнта, про саму людину, заради якої ці відносини і виникають» [258].

Право на медичну допомогу є особистим немайновим правом і передбачає, що фізична особа, яка досягла чотирнадцяти років і яка звернулася за наданням їй медичної допомоги, має право на вибір лікаря і вибір методів лікування. При цьому лікування здійснюється за її згодою (ст. 284 ЦК України) [203]. Однак пацієнтом фізична особа може бути від

народження. Таким чином, до 14 років малолітні особи (діти) отримують медичну допомогу за участі законних представників (батьки, усиновлювачі, опікуни); після досягнення 14 років неповнолітні особи мають певні права у сфері медичних відносин, однак більшість важливих питань надання медичної допомоги та укладення договорів про надання медичних послуг здійснюється за участю їх законних представників (батьків, усиновлювачів, піклувальників); після досягнення повноліття особи стають незалежними у прийнятті рішень учасниками відносин з надання медичних послуг. Важливість сфери охорони здоров'я та збереження життя та здоров'я кожної людини встановлює додаткові гарантії, наприклад, при здійсненні окремих медичних дій, за певних обставин, медичні працівники окрім законних представників можуть подавати запит на отримання дозволу від органів опіки та піклування (ч. 5 ст. 43 «Основ»).

Окрім цього, як слушно зазначає Р. Гревцова, останнім часом, з розвитком міжнародно-правових і національних механізмів захисту прав людини у сфері охорони здоров'я, тісний зв'язок між медичним правом (правом охорони здоров'я) і правами людини стає все більш очевидним [41, с. 197]. Відомі британські вчені Я. Кеннеді та Е. Граб навіть висловили переконання у тому, що медичне право є підгалуззю «права прав людини» (Human Rights Law) [242, с. 3].

Недієздатні пацієнти та обмежено дієздатні пацієнти у відповідності із нормами цивільного законодавства також мають законних представників (опікунів, піклувальників). У відповідності із нормами окремих законодавчих актів у якості додаткових суб'єктів відносин із надання медичних послуг можуть виступати члени сім'ї пацієнта. Таким чином, пацієнти – це завжди фізичні особи, які потребують медичної допомоги (медичного втручання), незалежно від віку та дієздатності, їх представники, – це особи, які на законних підставах можуть приймати

участь у процесі виникнення та динаміці відносин з надання медичних послуг пацієнтові.

Відносини, які виникають між пацієнтом та закладом охорони здоров'я, є договірними відносинами, і реалізуються в процесі отримання медичної допомоги. Відсутність у законодавстві комплексу норм (упорядкованого правового інституту), що повинен регулювати особливості укладення, зміни, припинення, визначення змісту та відповідальності сторін за договором про надання медичних послуг, ускладнює, окрім інших проблем, визначення основних рис пацієнта, як суб'єкта відповідних відносин та залишає не зовсім зрозумілими підстави виникнення відповідних відносин. Але найбільша кількість проблем виникає при виникненні спорів, заподіянні шкоди, притягненні до відповідальності та в процесі розгляду справ у судах.

Таким чином, правовий статус пацієнтів, які є споживачами медичних послуг має пряму кореляцію з підставами виникнення та змістом відповідних відносин.

Враховуючи всі особливості сфери медичної діяльності, медичного обслуговування та надання медичних послуг і, відповідно, медичної допомоги, слід одразу відзначити, що юридичні факти, які породжують відносини з надання медичних послуг є дещо різними.

Традиційно, основним юридичним фактом на підставі якого виникають відносини з надання медичних послуг є *договір* про надання таких послуг. Тобто надання медичної допомоги пацієнтам здійснюється на підставі цивільно-правового договору про надання медичних послуг. Відповідні відносини мають договірний та зобов'язальний характер. У доктрині цивільного права існують схожі за змістом та суттю визначення договору про надання медичних послуг.

Наприклад, Р. А. Майданик вказував, що за договором про надання медичних послуг одна сторона (медична організація, лікар) зобов'язується надати, а інша сторона (пацієнт) – прийняти та оплатити оплатні послуги,

спрямовані на зміцнення здоров'я пацієнта, згідно умов договору [84, с. 55]. Договір про надання медичних послуг з юридичної точки зору характеризується як консенсуальний, оплатний, двосторонній, строковий або може бути безстроковим.

Варто зазначити таку важливу рису договору про надання послуг, як його ризиковий характер. На «ризиковість» відносин з надання медичних послуг звертали увагу різні науковці. Наприклад, О .С. Кізлова відзначала, що «даний договір можна віднести до групи так званих ризикових договорів, оскільки існує так званий професійний ризик при наданні медичних послуг, зумовлених особливістю об'єкта, на який спрямована діяльність з надання медичних послуг – організму людини та, особливою метою, - відновлення та підтримання здоров'я людини. Ризик медичної діяльності пов'язується з невизначеністю та суперечливістю факторів, пов'язаних із неможливістю гарантування позитивного результату лікування як внаслідок об'єктивних явищ так і через властивості організму» [63, с. 41].

Така особливість відносин з надання медичних послуг як їх ризиковий характер здійснює значний вплив на вирішення питання відповідальності (договірної та позадоговірної) надавачів медичних послуг за невиконання умов договору та (або) за шкоду заподіяну пацієнтові медичним працівником. Медична допомога спрямована на особливий об'єкт – організм людини, і передбачає втручання у його природне функціонування, що не завжди дає можливість наперед передбачити результати такого втручання у зв'язку із загальним станом здоров'я, індивідуальними властивостями організму, ступенем хвороби, своєчасністю звернення за медичною допомогою, правильністю попереднього діагностування захворювання тощо. При виникненні негативних наслідків в процесі чи після отримання медичної допомоги пацієнтом виникає основне проблемне питання – це якість наданих послуг

та причинний зв'язок між неякісною медичною допомогою та шкідливими наслідками.

Договір про надання медичних послуг слід розглядати як домовленість сторін цього договору (пацієнта і медичної установи) у формі погодженої з медичною установою згоди пацієнта на надання медичної допомоги згідно із загально-цивільними умовами дійсності та набуття чинності договором [84, с. 54].

Специфіка надання медичної допомоги професійним медичним працівником та сутність відповідних відносин не дозволяє пацієнтові висувати свої власні пропозиції щодо, наприклад, технології надання такої допомоги, якщо вони суперечать прийнятим стандартам її надання. В той же час, якщо є альтернативні (різні) підходи до лікування певного захворювання, пацієнт має право обрати найбільш підходящий на його думку метод (спосіб) лікування, у зв'язку з чим лікар повинен поінформувати пацієнта про всі медичні можливості та їх наслідки тощо.

В процесі надання обумовленої договором медичної допомоги може виникнути необхідність збільшення її обсягів, що обумовлюється невідкладним станом організму пацієнта (виникнення критичного стану) або непередбачуваними обставинами (виявлення додаткових патологій під час хірургічного втручання чи в інших випадках тощо).

Настання шкідливих наслідків для пацієнта в результаті непрофесійного лікування чи діагностики в багатьох випадках може бути встановлено (підтверджено) лише відповідними спеціалістами в процесі проведення спеціальної експертизи. Спрямованість медичних послуг на специфічний об'єкт – організм людини, обумовлює необхідність існування довіри пацієнта до лікаря, який є безпосереднім виконавцем змісту договору. Так, Р. А. Майдаником зазначалося, що зобов'язання з надання медичних послуг ґрунтуються на довірі, що зумовлено особистим виконанням і відкритістю відносин між пацієнтом і лікарем. Довіра, на його думку, є провідною та необхідною умовою забезпечення відкритості

у відносинах між пацієнтом та лікарем. Довіра є передумовою налагодження добрих відносин між хворим і лікарем тощо [84, с. 65]. Тому відповідні відносини у певній мірі можна назвати довірчими, - пацієнт довіряє своє життя та здоров'я лікарю.

Однак держава максимально намагається знизити ризики, пов'язані із медичним втручанням, дозволяючи здійснювати медичну діяльність тільки на професійній основі, відносячи медичну діяльність до ліцензованих видів господарської діяльності, здійснюючи постійний державний та громадський контроль за медичною діяльністю та шляхом віднесення життя та здоров'я кожної людини до основних конституційних цінностей тощо.

Таким чином, кожен вид медичних послуг (або їх поєднання) має свої особливості, що повинно бути враховано при укладенні договорів про надання медичних послуг, оскільки у подальшому це може суттєво впливати на якість надання медичних послуг на питання встановлення відповідальності за шкоду заподіяну медичним працівником.

Медичні послуги за змістом можуть включати діагностику, лікування, профілактику, реабілітацію та інше. Не завжди ці види послуг надаються одним медичним закладом, тому неякісна діагностика, що здійснюється одним медичним закладом, може призвести до неякісного (неефективного) лікування іншим медичним закладом та, відповідно, до заподіяння шкоди. Лікування або, наприклад, реабілітація як вид медичних послуг може надаватися поетапно різними медичними закладами, що може призводити до заподіяння шкоди пацієнтові у зв'язку із відсутністю узгодженості між способами та методиками надання медичної допомоги різними медичними працівниками та медичними закладами у різний час відносно одного і того самого захворювання тощо.

Проблеми, які виникають при наданні медичних послуг та в результаті наданні медичної допомоги можуть бути різними та тягнути за собою різні за тяжкістю наслідки, з одного боку їх всі не можна

передбачити, але з іншого боку - систематично на практиці виникають однотипні проблемні ситуації, які можуть бути максимально врегульовані спеціальними нормами права. Слід відзначити, що загальні положення про «Послуги», глава 63 Цивільного кодексу України, лише узагальнено характеризують та врегульовують відносини з надання медичних послуг.

Науковці відзначають, що через відсутність у сучасному законодавстві типових умов договору про надання медичних послуг в Україні медичні заклади практикують укладення договорів з пацієнтами з урахуванням специфіки лікування та доцільності встановлення тих чи інших умов договору [84, с. 64]. Тобто кожен медичний заклад, в кращому випадку, розробляє свою типову модель договору про надання медичних, яку змінює в залежності від обставин. Це оптимальний варіант договірної врегулювання відносин, але відсутні базові загальні положення для побудови типових договорів про надання медичних послуг.

Тому для визначення правового статусу суб'єктів відносин із надання медичних послуг, для більш чіткої регламентації організації надання медичних послуг, визначення умов, підстав та порядку притягнення до відповідальності сторін відносин із надання медичних послуг, повинен бути розроблений правовий інститут («Договір про надання медичних послуг») та прийняті норми, для регулювання договірних відносин у відповідній сфері між медичним закладом та пацієнтом.

При цьому слід максимально врахувати особливості відповідних відносин як ризикових; визначити особливості та деталі їх врегулювання в залежності від змісту (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, репродуктивна медицина, естетична медицина та інше); визначити права та обов'язки сторін при збільшенні та (або) зміні обсягів медичних маніпуляцій в процесі надання медичних послуг (допомоги); чітко визначитися із формою договору про надання медичних послуг; закріпити порядок та особливості притягнення до відповідальності надавачів

медичних послуг за шкоду заподіяну пацієнтові в процесі надання медичної допомоги тощо.

З одного боку, формалізованість відносин з надання медичних послуг призведе до ускладнення їх надання медичними закладами у зв'язку із необхідністю оформлення та заповнення зайвої документації, але, з іншого боку, підвищить рівень відповідальності медичних працівників за свої дії та надасть змогу у судах, при виникненні медичних спорів, мати належні докази правомірної або неправомірної поведінки сторін відповідних відносин.

Виникнення відносин з надання медичних послуг в межах соціально-забезпечувальних правовідносин має певні особливості. Як вже відзначалося, медичні послуги у межах соціально-забезпечувальних правовідносин надаються закладами охорони здоров'я усіх форм власності на підставі Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [141], який зобов'язує заклади, що здійснюють медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій, укладати договори про медичне обслуговування населення із, так званими, розпорядниками бюджетних коштів (Національна служба здоров'я України). Такий договір, відповідно до ч. 4 ст. 8 Закону, є договором на користь третіх осіб - пацієнтів у частині надання їм медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів надавачами медичних послуг.

Деякі науковці, досліджуючи з яких підстав виникають відносини, пов'язані з наданням медичної допомоги, відносять до них договори, причому окрім договору про надання медичних послуг, окремо розглядається договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [182, с. 110].

На наш погляд, такий договір хоча і є передумовою (підставою) для надання медичних послуг на безоплатній основі, неможна вважати підставою виникнення правовідносин щодо надання медичних послуг між пацієнтом та медичним закладом. Договір про медичне обслуговування

населення за програмою медичних гарантій укладається на публічно – правовій основі з метою забезпечення фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних і реабілітаційних послуг та лікарських засобів в порядку, встановленому законом (п. «в» ст. 7 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»).

Для отримання певних видів медичних послуг на безоплатній основі для пацієнта необхідною є наявність такого юридичного факту як громадянство України. Наявність громадянства є у тим юридичним фактом, який дає право бути суб'єктом соціально-забезпечувальних правовідносин. І якщо пацієнт має бажання використати своє право на безоплатну медичну допомогу в межах гарантій, що забезпечуються державою, то на підставі цивільно-правового договору про надання медичних послуг такий пацієнт отримує відповідні послуги (допомогу). Норма ст. 11 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» вказує на позитивність національного законодавства України стосовно іноземців, осіб без громадянства, які постійно проживають на території України, біженців. А саме встановлено, що такі особи можуть користуватися такими самими правами як і громадяни України та отримувати медичні послуги такої самої якості і в тому числі на безоплатній основі, як і громадяни України. З 24 лютого 2022 року Указом Президента України було введено військовий стан [138], та багато громадян України покинули країни, рятуючись від військової агресії російської федерації, і для громадян України в європейських країнах створено такі саме умови безоплатного лікування, як і для громадян кожної відповідної країни. Тому вважаємо. Дану норму законодавства актуальною та потрібною у кожній європейській державі.

Кожна фізична особа має право на безоплатне отримання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, до якої належать: екстрена медична допомога; первинна

медична допомога; спеціалізована медична допомога; паліативна допомога. Слід окремо наголосити на тому, що кожний громадянин має право на отримання реабілітаційної допомоги під час надання медичної допомоги. Порядок надання реабілітаційної допомоги під час надання медичної допомоги встановлюється законодавством.

Таким чином, можемо відзначити, що до пацієнтів, які мають право отримувати медичні послуги в межах соціально-забезпечувальних правовідносин, відносяться: 1) громадян України; 2) іноземці, які постійно проживають на території України; 3) особи без громадянства, які постійно проживають на території України; 4) особи, що визнані біженцями в Україні; 5) особи, які визнані в Україні такими, що потребують додаткового захисту.

На загальних підставах (поза державним фінансуванням) укласти договір про надання медичних послуг може будь-яка фізична особа. Однак, виходячи із програми державних гарантій щодо медичного обслуговування населення та основного призначення медичних закладів (комерційні, некомерційні), існують певні обмеження можливостей пацієнтів. Так, обсяги медичних послуг за програмою медичних гарантій обмежуються цією програмою. При наданні медичних послуг державними та комунальними медичними закладами відчувається відсутність прогресивної апаратури та іншого забезпечення, що обумовлено загальною недофінансованістю сфери охорони здоров'я та некомерційним статусом таких установ. Це є об'єктивні причини виникнення проблем при здійсненні медичного обслуговування населення, зокрема, при наданні медичних послуг (допомоги), що призводять до виникнення медичних спорів та притягнення до відповідальності надавачів медичних послуг.

Реформування сфери медичного обслуговування призвело до закріплення у законодавстві зобов'язання потенційних пацієнтів укладати декларацію про вибір лікаря. Так, відповідно до ч. 2 ст. 9 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»,

пацієнт (його законний представник) реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Необхідність подання декларації стосується соціально-забезпечувальних правовідносин та реалізації в їх межах права на первинну медичну допомогу і є одностороннім правочином особи (потенційного пацієнта), що є передумовою виникнення правовідносин у сфері надання медичних послуг. Такий правочин породжує у відповідності із вимогами Закону права та обов'язки не тільки для особи, яка його вчинила, а також і для інших суб'єктів правовідносин з медичного обслуговування, насамперед для надавачів медичних послуг, органа, уповноваженого здійснювати фінансування таких послуг, лікарів, які безпосередньо в силу своїх трудових обов'язків покликані надавати первинну медичну допомогу [141].

Вибір лікаря здійснюється у відповідності із «Порядком вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу» та затверджується складанням «Декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» форма якої затверджена вищезазначеним Порядком [115]. Як відзначено дослідниками відносин з медичного обслуговування, декларація як односторонній правочин є елементом (юридичним фактом) юридичного складу, що породжує виникнення правовідносин у сфері надання медичної допомоги; декларація має подвійне юридичне значення: засвідчує реалізоване право на вільний вибір лікаря та підтверджує виникнення у фізичної особи статусу третьої особи за договором про медичне обслуговування, сторонами якого є медичний заклад та уповноважений орган [183, с. 69].

Таким чином, укладена Декларація є тим юридичним фактом, що є передумовою (елементом складного юридичного складу) укладення між пацієнтом та медичним закладом договору про надання медичних послуг в межах соціально-забезпечувальних правовідносин (тобто в межах програми державних гарантій) з метою отримання пацієнтом первинної

медичної допомоги, що регулюється «Порядком надання первинної медичної допомоги» [118].

Первинна медична допомога - це медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому спеціалізованої медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, спеціалізованої медичної допомоги (ч. 1 ст. 35<sup>1</sup> Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я») [103].

Спеціалізована медична допомога - медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики - сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів, у тому числі із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання спеціалізованої медичної допомоги з іншої спеціалізації. Спеціалізована медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги або лікуючого лікаря закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання спеціалізованої медичної допомоги (ч. 8 ст. 35<sup>2</sup> Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я») [103].

Або, наприклад, визначено, що «паліативна допомога надається безоплатно за направленням лікуючого лікаря у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та

реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я (ч. 3 ст. 35<sup>4</sup> Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я») [103].

Слід звернути увагу, що сфера медичної допомоги та напрямок медицини при зверненні також можуть мати значення юридичного факту, який звільняє пацієнта від необхідності пред'являти направлення для отримання, наприклад, вторинної (спеціалізованої) допомоги. Наприклад, у ч. 9 ст. 35<sup>2</sup> Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено, що «направлення спеціалізована медична допомога відповідно до медичних показань також надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання спеціалізованої допомоги, пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані» [103].

Таким чином, у зв'язку з тим, що медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, спеціалізовану, паліативну (ч. 5 ст. 33 Основ), то кожен вид такої допомоги має свій зміст, що визначається її суттю, домовленістю сторін та нормативним порядком надання. Відповідно, підстави виникнення відносин щодо різних видів медичної допомоги можуть різнитися.

На особливу увагу заслуговує такий юридичний факт як невідкладний стан пацієнта. Невідкладний стан законодавством визначено як раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин (ст. 1 Основ). Медична допомога пацієнтам, що перебувають у невідкладному стані, насамперед пов'язана із екстреною медичною допомогою або паліативною. Особливістю такої допомоги є те, що особа – пацієнт у більшості випадків не може бути активним учасником договору про надання медичних послуг, оскільки перебуває у неналежному фізичному або психічному стані, тобто такий пацієнт не може усвідомлювати значення своїх дій або взагалі перебуває в неусвідомленому стані.

Стаття 37 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначає, що медичні працівники зобов'язані невідкладно надавати необхідну медичну допомогу у разі виникнення невідкладного стану людини. При цьому організація та забезпечення надання екстреної медичної допомоги здійснюються відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [142], який деталізує порядок її надання та встановлює особливості відповідальності винних осіб за несвоєчасне і неякісне забезпечення необхідною медичною допомогою при її наданні, якщо це призвело до тяжких наслідків. Паліативна допомога також пов'язана із невідкладними станами пацієнтів, але має іншу природу, що породжує зовсім інші правовідносини та відповідальність. Особливості відносин з надання паліативної допомоги детально врегульовуються «Порядком надання паліативної допомоги» [117].

Оскільки за загальним правилом, відносини з надання медичних послуг виникають на підставі договору, а в деяких випадках вимагають наявності додаткових юридичних фактів, то деякі дослідники вважають, що відносини з надання медичної допомоги пацієнтам, які не усвідомлюють значення своїх дій, можна вважати такими, що виникли на підставі вказівки закону, тобто на підставі нормативного акту. Так, І. Я. Сенюта з цього приводу зазначає, що «якщо рятується здоров'я і життя фізичної особи шляхом сприяння у наданні їй медичної допомоги за відсутності волевиявлення, то підстава виникнення правовідносин у такому випадку буде: загальна підстава – нормативна, а конкретна підстава – конкретний юридичний факт: подія (стан реальної загрози для здоров'я і життя фізичної особи) (основний) та дії з рятування здоров'я і життя без повноважень (додатковий), які складатимуть юридичний склад» [182, с. 108].

З нашої точки зору, якщо договір є юридичним фактом – дією, що породжує відносини з надання медичних послуг, то невідкладний стан людини, що потребує медичної допомоги, є фактом – подією, яка, поряд з

іншими юридичними фактами, є підставою виникнення відносин щодо надання медичної допомоги відповідного виду. При цьому законодавством покладено на медичних працівників в обов'язковому порядку надавати необхідну медичну допомогу. У тих випадках, коли пацієнт у невідкладному стані розуміє значення своїх дій та знаходиться в усвідомленому стані, то підставою виникнення відносин з надання медичних послуг також є договір.

Законодавством визначені випадки надання медичної допомоги у примусовому порядку. Це виключні випадки і стосуються особливої категорії пацієнтів – осіб, які мають тяжкі психічні хвороби (розладу). Згідно із ч. 3 ст. 12, ч. 3 ст. 13 Закону України «Про психіатричну допомогу» питання про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги або госпіталізації в примусовому порядку вирішується судом за місцем проживання особи [150]. Для прийняття судом рішення про примусове лікування необхідна письмова заява лікаря-психіатра про надання психіатричної допомоги в примусовому порядку. Продовження лікування у примусовому порядку також передбачає звернення до суду у певному порядку.

Таким чином, законодавство зобов'язує медичних працівників відповідного профілю звертатися до суду із заявою про примусове лікування, яка є передумовою прийняття судом відповідного рішення. Якщо суд ухвалює рішення про примусове лікування психічно хворої особи, то це є підставою виникнення відносин із надання медичних послуг та психіатричної медичної допомоги (амбулаторно або стаціонарно).

Розгляд заяви про надання особі психіатричної допомоги у примусовому порядку та ухвалення відповідного рішення здійснюється судом в порядку окремого провадження у відповідності із цивільним процесуальним законодавством (Глава 10 ЦПК України) [204].

Аналогічно, підставою у вигляді рішення суду для надання медичної допомоги шляхом примусової госпіталізації є госпіталізація хворих на

заразні форми туберкульозу (ст. 11 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз») [149]. У цьому випадку метою госпіталізації є не тільки надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, а також запобігання поширенню туберкульозу.

Суд ухвалює рішення в порядку окремого провадження (Глава 11 ЦПК України), при цьому необхідною є наявність низки юридичних фактів, які є підставою для ухвалення судом відповідного рішення.

Норми ст.ст. 92–96 Кримінального кодексу України присвячені порядку застосування примусових заходів медичного характеру [76]. Метою таких заходів є поміщення особи, що вчинила кримінально каране діяння до спеціального лікувального закладу з метою її обов'язкового лікування, а також запобігання вчиненню нею суспільно небезпечних діянь. Таким чином, підставою для примусового лікування таких пацієнтів (як правило, осіб із психічними розладами) є рішення суду (вирок), які приймаються із застосуванням норм кримінального права, кримінального процесу та виконавчого права.

Таким чином, підсумовуючи вищевикладене дослідження підстав виникнення відносин з надання медичної допомоги та правового статусу пацієнтів, можемо зробити наступні висновки:

Незважаючи на те, що відносини з надання медичних послуг можуть виникати в межах соціально-забезпечувальних правовідносин та на комерційній основі, правовий статус пацієнтів та надавачів медичних послуг є відносно однаковим з точки зору основних прав та обов'язків, які виникають між суб'єктами таких відносин. Основною підставою виникнення таких відносин є договір про надання медичних послуг, який повинен бути основоположним при визначенні особливостей надання медичної допомоги обумовленого виду, формальною підставою для підтвердження існуючих домовленостей з конкретним пацієнтом та можливих ризиків надання йому такої допомоги.

Закріплена законодавством необхідність згоди пацієнта на медичне втручання є продовженням дії та виконання договору про надання медичних послуг, а не підставою для його виникнення. Належна поінформованість пацієнта щодо методів медичної допомоги є одним із принципів її надання та обов'язком лікаря щодо її забезпечення. Невиконання такого обов'язку є підставою притягнення медичних працівників до дисциплінарної, майнової, а в деяких випадках і до кримінальної відповідальності.

Пацієнтами у відносинах з надання медичних послуг завжди є фізичні особи, які потребують медичної допомоги (медичного втручання), незалежно від віку та дієздатності, якщо за віком чи з інших причин вони не можуть приймати участь в укладенні договору про надання медичних послуг, стороною виступають їх представники, тобто особи, які на законних підставах можуть приймати участь у процесі виникнення та динаміці відносин з надання медичних послуг пацієнтові.

## Висновки до розділу 1

Закріплене у законодавстві, зокрема в Основах законодавства України про охорону здоров'я, визначення медичної послуги не відображає основні її риси та юридичні ознаки, окрім таких як її надання закладом охорони здоров'я (або фізичною особою - підприємцем) та її оплатний характер. Однак впевнено можна сказати, що реформування медичного законодавства, основні етапи якого тривали протягом 2017-2023 років, кардинально змінили концепцію медичного обслуговування населення та надання медичних послуг в Україні, особливо – у сфері гарантованого їх фінансування державою та порядку надання.

Предметом медичної послуги є домовленість про надання медичної допомоги, що може включати профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію. Надання медичних послуг та, відповідно, надання медичної допомоги здійснюється в процесі медичного обслуговування, яке реалізується шляхом організації належного функціонування всієї системи охорони здоров'я та її закладів. Медична допомога є основним змістом медичної послуги, але має при цьому свої характерні властивості: 1) індивідуальний підхід до лікування кожного окремого пацієнта (індивідуальність) – така властивість медичної допомоги не завжди надає можливість чітко наперед визначити майнові, часові та інші витрати; 2) неможливість наперед гарантувати позитивний результат (непередбачуваність), що наділяє договори про надання медичних послуг ризиковим характером; 3) невіддільність від конкретної особи – пацієнта (особистісний характер); 4) у зв'язку із невіддільністю, виникає така риса як безповоротність; 5) можливість застосування різних підходів до профілактики, діагностики та лікування (альтернативність) та інші.

Характерними рисами медичних послуг є: 1) медична послуга передбачає надання корисних благ що перетворює її на об'єкт споживання у якості отримання медичної допомоги, що вказує на її споживчий

характер; 2) медична послуга є товаром на ринку інших видів різноманітних послуг і всі відносини, пов'язані із наданням та споживанням медичних послуг є (незалежно від правового статусу суб'єктів та виду (специфіки) послуг) мають майновий (вартісний) характер; 3) надання медичних послуг (відповідно, медичної допомоги) у розрізі соціально-забезпечувальних правовідносин може бути для пацієнта безоплатним (частково платним) та може обмежувати та звужувати обсяг медичних маніпуляцій, дій, медичного сервісу, що обумовлюється рівнем гарантованого державного фінансування медичного обслуговування населення; 4) надання медичних послуг та здійснення медичної допомоги повинно відповідати галузевим стандартам, що діють у сфері охорони здоров'я (стандарти медичної допомоги, клінічні протоколи, протоколи надання реабілітаційної допомоги, табеля матеріально-технічного оснащення, лікарські формуляри тощо); медичні технології повинні відповідати державній оцінці спеціально-уповноваженими органами; надання медичних послуг фізичними особами – підприємцями здійснюється на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики; 5) надання медичних послуг виключно на професійній основі, що забезпечується шляхом надання медичної допомоги виключно професіоналами (фахівцями), які виконують свої обов'язки на підставі трудового договору та, відповідно, є учасниками трудо-правових відносин; 6) правове регулювання відносин з надання медичних послуг здійснюється шляхом застосування поряд із приватно-правовими публічно-правових механізмів, що обумовлено важливістю та соціальною значущістю сфери охорони здоров'я.

Правовий статус закладу охорони здоров'я (фізичної особи – підприємця) як надавача медичних послуг у відносинах щодо медичного обслуговування населення та надання, відповідно, медичних послуг, в першу чергу визначається та забезпечується наявністю ліцензії та відповідністю ліцензійним умовам на провадження господарської

діяльності з медичної практики. Дотримання галузевих стандартів (матеріально-технічне оснащення, дотримання кадрових вимог тощо) є запорукою забезпечення якості медичних послуг та професійності її надання. При цьому форма власності закладу охорони здоров'я та їх організаційно-правова форма мають другорядне значення у відносинах з надання медичних послуг пацієнтам і впливають здебільшого на організацію фінансово-господарської діяльності медичного закладу (його підрозділів), тобто медичні заклади різної форми власності є рівними у відносинах з медичного обслуговування населення.

Медичне обслуговування населення різних форм власності може здійснюватися в межах приватних відносин та в межах соціально-забезпечувальних правовідносин. Медичне обслуговування в межах соціально-забезпечувальних правовідносин передбачає забезпечення державою доступності гарантованого рівня медичних послуг для громадян. Суб'єктами соціально-забезпечувальних правовідносин у більшій мірі виступають державні та комунальні медичні заклади. Обсяги фінансування за рахунок держави та види гарантованих медичних послуг визначаються державою, а також передбачають додаткове врегулювання на договірній основі, що передбачає укладення договору про медичне обслуговування населення медичного закладу із спеціально уповноваженим органом (на даний час - Національною службою здоров'я України її територіальними органами). Таким чином, в межах соціально-забезпечувальних правовідносин у пацієнтів дещо обмежуються можливості щодо бажаних обсягів медичної допомоги, видів медичної допомоги, медичного сервісу, місця надання медичної допомоги тощо).

Зклади охорони здоров'я як надавачі медичних послуг несуть відповідальність за їх якість, своєчасність, професійність надання медичної допомоги, що передбачає здійснення медичними закладами самоорганізації своєї діяльності, ефективного управління, а з метою належного забезпечення громадян медичними послугами в межах

соціально-забезпечувальних правовідносин, тісної співпраці із спеціально-уповноваженим органом (НСЗУ) та своєчасне визначення і дотримання умов договору про медичне обслуговування населення. Таким чином, в соціально-забезпечувальних правовідносинах на якість надання медичних послуг медичним закладом, впливає якість та ефективність роботи уповноваженого органу (Національної служби здоров'я України її територіальних органів).

Безпосередніми надавачами медичної допомоги виступають медичні працівники (фахівці та професіонали) – медичні сестри та лікарі, які перебувають із медичним закладом у трудових правовідносинах і надають пацієнтам медичну допомогу при виконанні своїх трудових обов'язків, виконуючи свою трудову функцію. Таким чином, їх правовий статус як суб'єктів права визначається нормами трудового законодавства та певними нормами спеціального медичного законодавства, яке визначає порядок здійснення ними тієї чи іншої професійної діяльності.

Незважаючи на те, що відносини з надання медичних послуг можуть виникати в межах соціально-забезпечувальних правовідносин та на комерційній основі, правовий статус пацієнтів та надавачів медичних послуг є відносно однаковим з точки зору основних прав та обов'язків, які виникають між суб'єктами таких відносин. Це обумовлено існування єдиних стандартів (соціальних, галузевих та ін.) у сфері охорони здоров'я, регламентованістю основних прав та обов'язків суб'єктів відносин з надання медичних послуг. Порушене право на охорону здоров'я передбачає відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди, оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я тощо.

Основною підставою виникнення таких відносин є договір про надання медичних послуг, який повинен бути основоположним при визначенні особливостей надання медичної допомоги обумовленого виду, формальною підставою для підтвердження існуючих домовленостей з

конкретним пацієнтом та можливих ризиків надання йому такої допомоги. Така характерна риса відносин з надання медичної допомоги як їх ризиковий характер повинна бути врахована при укладенні договорів про надання медичних послуг із врахуванням індивідуальних характеристик особи – пацієнта. Такий підхід повинен зменшити кількість випадків заподіяння шкоди пацієнтам та захистити права медичних працівників у безпідставному звинуваченні у медичних помилках.

Закріплена законодавством необхідність згоди пацієнта на медичне втручання є продовженням дії та виконання договору про надання медичних послуг, а не підставою для його виникнення. Належна поінформованість пацієнта щодо методів медичної допомоги є одним із принципів її надання та обов'язком лікаря щодо її забезпечення. Невиконання такого обов'язку є підставою притягнення медичних працівників до дисциплінарної, майнової, а в деяких випадках і до кримінальної відповідальності.

Пацієнтами у відносинах з надання медичних послуг завжди є фізичні особи, які потребують медичної допомоги (медичного втручання), незалежно від віку та дієздатності, якщо за віком чи з інших причин вони не можуть приймати участь в укладенні договору про надання медичних послуг, стороною виступають їх представники, тобто особи, які на законних підставах можуть приймати участь у процесі виникнення та динаміці відносин з надання медичних послуг пацієнтові. Обсяги прав та обов'язків пацієнта та послугонадавача як учасників відносин з надання медичних послуг (допомоги) визначаються спеціальним законодавством, виходячи із профілю та виду такої допомоги (екстрена, паліативна, педіатрична, високоспеціалізована, психіатрична тощо).

## **РОЗДІЛ 2. ПІДСТАВИ ПРИТЯГНЕННЯ ДО ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ШКОДУ, ЗАВДАНОЇ МЕДИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ, В ПОРЯДКУ ЦИВІЛЬНОГО СУДОЧИНСТВА**

### **2.1. Види відповідальності**

В процесі отримання медичної допомоги (або за її результатами) різні категорії пацієнтів пред'являють до лікарів та медичних закладів різного роду претензії, які породжують конфліктні ситуації та так звані «медичні» спори. Конфліктні ситуації в основному пов'язані із: порушенням надавачами медичних послуг основних прав пацієнтів, що закріплені законодавством; невиконанням медичним закладом зобов'язань, взятих на себе за договором про надання медичних послуг; включенням надавачами медичних послуг таких умов договору, які не враховують інтереси пацієнта та обмежують його у реалізації своїх прав; заподіянням майнової та (або) особистої немайнової шкоди тощо [32; 92; 93; 191].

Заподіяння пацієнтові шкоди майнової (немайнової) є, у більшості випадків, наслідком різного роду порушень і потребує особливої уваги. До тих пір, поки існує порушення з боку медичного працівника або медичного закладу, але не існує шкоди, всі дії щодо вирішення спору пов'язані із усуненням порушення, відновленням прав пацієнта і, головне, – недопущенням заподіяння шкоди.

Коли шкода заподіяна, всі дії щодо вирішення такого спору пов'язані із відновленням порушених прав, відновленням майнового становища особи, якій заподіяно збитки, матеріальною компенсацією за моральні страждання та покаранням винних осіб за неправомірну поведінку.

Оскільки відносини із надання медичних послуг, як було встановлено, є договірними цивільно-правовими відносинами, то захист прав пацієнтів буде здійснюватися відповідно до положень цивільного

законодавства, зокрема тими способами, що закріплені ст. 16 Цивільного кодексу України.

Відповідні способи є загальними способами захисту цивільних прав і можуть бути доповнені спеціальними способами захисту, які, наприклад, можуть бути закріплені актами медичного законодавства та встановлені сторонами у договірному порядку. Більш того, ст. 280 ЦК України встановлює, якщо фізичній особі внаслідок порушення її особистого немайнового права (яким є право на охорону здоров'я - ст. 283 ЦК України, право на медичну допомогу - ст. 284 ЦК України) завдано майнової та (або) моральної шкоди, ця шкода підлягає відшкодуванню [203].

Відповідно до ст. 6 (ч. 1, п. «і», п. «ї») Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», кожен громадянин має право на відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди та на оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я [103]. Як бачимо, відшкодування шкоди є одним із пріоритетних способів захисту. Виходячи із сутності відносин з надання медичних послуг, заподіяння моральної шкоди є звичайним та звичним явищем.

Засоби захисту можуть бути неюрисдикційні (самозахист, медіація, діяльність локальних органів з вирішення медичних спорів) та юрисдикційні (у судовому порядку). Більшість медичних спорів на сьогодні (біля 80 %) вирішуються у позасудовому порядку або залишаються без розгляду та задоволення інтересів постраждалої особи (або членів її сім'ї).

Такий стан речей пов'язаний із складністю (неможливістю) доведення вини порушника, наявності моральної шкоди, а, іноді, і самого факту порушення тощо.

Незалежно від засобу захисту, застосовуються однакові способи захисту:

- 1) при неюрисдикційній формі – за домовленістю (погодженням) сторін спору;
- 2) при юрисдикційній – за рішенням суду в межах позовних вимог.

Звичайно, в інтересах будь-якого пацієнта (його представника) є мирне урегулювання спору, яке призводить до більш швидкого відшкодування збитків та збереження таємниці сутності спору та пред'явлених вимог (що, до речі, є в інтересах обох сторін). У позасудовому порядку вирішення спору сторони можуть домовитися про розмір відшкодування, який може бути навмисно збільшений медичним закладом, з метою збереження своєї ділової та комерційної репутації.

Найбільш розповсюджені претензії пацієнтів до лікувального закладу або медичного працівника (лікуючого лікаря) полягають: у невдоволенні процесом та (або) результатом лікування; у невдоволенні результатом медичного втручання (лікувальним та (або) естетичним); у невдоволенні особистим ставленням медичних працівників (лікуючого лікаря, медичного персоналу) до пацієнта; у невдоволенні загальним сервісом медичної установи; у невдоволенні якістю діагностики; у невдоволенні рівнем дотримання медичними закладами санітарних норм; у невдоволенні організаційною побудовою лікувального процесу чи його порушенням з боку медичної установи тощо.

У науковій доктрині існує поділ конфліктів (спорів) на:

- 1) ті, які виникають із правовідносин в процесі надання медичної допомоги;
- 2) ті, які виникають із правопорушень в процесі надання медичної допомоги [191, с. 96].

У першому випадку конфлікт (спір) виникає в результаті протиставлення прав однієї сторони конфлікту - обов'язкам іншої сторони. Результатом такого спору може бути відшкодування шкоди пацієнтові, застосування інших засобів захисту, але лише у таких випадках, коли передбачена відповідальність без вини. Наприклад, порушення медичним

закладом обумовлених сторонами строків здійснення медичного втручання (хірургічної операції) діагностики, що призвело до отримання збитків пацієнтом у зв'язку, наприклад, із тривалим очікуванням (втрата заробітку, оплата перебування у медичному закладі, найм житла тощо); збільшення розміру оплати за медичні послуги, що не відповідає встановленим тарифам та наданим послугам; відмова лікаря від подальшого ведення пацієнта за наявності, на його думку, достатніх підстав, що завдало матеріальних збитків пацієнту або суттєвих моральних страждань; різні підходи сторін до тлумачення норм права, що призвело до невиконання медичним працівником вимог пацієнта та до заподіяння шкоди тощо.

У другому випадку підставою для виникнення спору є правопорушення, що виникають при наданні медичних послуг та, відповідно, допомоги. Такі правопорушення у більшості випадків пов'язані із правопорушеннями, які вчиняються безпосередньо медичними працівниками (в деяких випадках посадовими особами медичного закладу).

Визнання правопорушення підставою виникнення правовідношення з відшкодування шкоди має назву медичного делікту. Т. В. Заварза відзначила, що медичний делікт має місце, якщо у результаті неналежного лікування або невиконання умов договору про надання медичних послуг життю чи здоров'ю пацієнта було заподіяно шкоду, і договором не передбачено збільшений розмір відповідальності порівняно із законом [55, с. 5]. Хоча в науці і зустрічаються твердження, що медичний делікт доцільно вважати підставою виникнення зобов'язальних правовідносин у сфері надання медичної допомоги [182, с. 109], вважаємо, що делікт (правопорушення) є підставою для відносин з відшкодування шкоди (майнової, моральної) заподіяної життю або здоров'ю людини неправомірними діями медичного працівника.

Оскільки підставою виникнення правовідносин з надання медичних послуг є цивільно-правовий договір, то порушення тих чи інших його умов (неналежне виконання, виконання у неповному обсязі тощо), тягне за собою притягнення до договірної цивільно-правової відповідальності. Результатом таких порушень з боку медичних працівників чи медичного закладу може бути заподіяння майнової та (або) моральної шкоди. Договори про надання медичних послуг приватними медичними закладами в основному укладаються у письмовій формі, що стосується надання медичних послуг в межах соціально-забезпечувальних правовідносин, то відповідні договори не укладаються у загальноприйнятому порядку, хоча відповідні відносини ми вважаємо договірними. У таких випадках договірні умови надання медичної допомоги або встановлюються усно та (або) впливають із сутності надання медичної допомоги (діагностика, лікування, реабілітація, профілактика) і обумовлюються закріпленими законодавством правами та обов'язками пацієнтів, медичних установ та медичних працівників і загальними положеннями цивільного законодавства про надання послуг. Таким чином, притягнення до відповідальності надавачів медичних послуг як суб'єктів договірної відповідальності в межах соціально-забезпечувальних правовідносин ускладнюється відсутністю зафіксованих у письмовому договорі прав та обов'язків сторін, умов його виконання, відповідальності тощо.

У тих випадках, коли в процесі надання медичних послуг, зокрема, при наданні медичної допомоги, пацієнту ушкоджено здоров'я або настала смерть, то тут виникає підстава для притягнення до позадоговірної (деліктної) відповідальності, яка є окремим видом цивільно-правової відповідальності, але, за певних умов, може поєднуватися із договірною цивільно-правовою відповідальністю. Таким чином, договірна відповідальність настає за невиконання (неналежне виконання) умов договору, а позадоговірна виникає в результаті спричинення шкоди здоров'ю, не зважаючи на те, що заподіяння шкоди здоров'ю може бути

безпосереднім наслідком порушення договору. Наприклад, у науці медичного права І. Я. Сенюта та Л. Я. Свистун приділяли увагу питанням розмежування та співвідношення договірної та деліктної відповідальності у відносинах з надання медичних послуг, при цьому, у першому випадку, авторка виступила за можливість їх поєднання [184, с. 56–57], в другому авторка висловилася проти, вказуючи, що договірна відповідальність витісняє деліктну [180, с. 30]. Ми дотримуємося позиції щодо можливості їх поєднання.

Позадоговірна відповідальність передбачає відшкодування майнової та моральної шкоди (ст. 1166, ст. 1167 ЦК України). Однією із підстав до притягнення до відповідальності та відшкодування шкоди (майнової, моральної) є ушкодження здоров'я, нанесення каліцтва, настання смерті (ст. 1195, ст. 1168 ЦК України). Притягнення до деліктної відповідальності можливе за наявності вини заподіювача шкоди (суб'єктивна ознака), протиправності поведінки (бездіяльності), наявності шкоди та причинного зв'язку між протиправною поведінкою та заподіяною шкодою (об'єктивні ознаки). Якщо відсутня шкода, то притягнення до деліктної відповідальності не здійснюється, оскільки основною метою цивільно-правової відповідальності є її компенсаторний характер. Як відзначено у науковій літературі, цивільно-правова відповідальність у сфері медичної діяльності – це варіант юридичної відповідальності, який виникає внаслідок порушення у галузі майнових або особистих немайнових благ громадян у сфері охорони здоров'я і який полягає переважно у необхідності відшкодування шкоди [191, с. 56–61].

Слід звернути увагу, що в основу деліктної відповідальності покладається правопорушення. У правовідносинах з надання медичних послуг – це, як правило, професійне правопорушення, яке вчиняється медичним працівником при виконанні трудових обов'язків в процесі надання медичної допомоги. Найбільш суспільно небезпечні професійні правопорушення, що вчиняються медичними працівниками, містять склад

злочину, що передбачає кримінальну відповідальність. Вчинення злочину медичним працівником, в результаті чого заподіяно шкоду здоров'ю пацієнта або настала його смерть, призводить до кримінальної відповідальності, яка має превентивно-виправний характер, в тому числі зберігається можливість застосування цивільно-правової відповідальності, яка має компенсаторний (відновлювальний) характер.

Окремі види правопорушень вчиняються медичними працівниками у сфері службових відносин, що передбачає адміністративну відповідальність [66], основна мета якої – превентивно-виховна. Якщо в результаті такого адміністративного правопорушення заподіяно шкоду пацієнтові, можливе притягнення заподіювача шкоди до цивільно-правової відповідальності з метою її відшкодування. Більшість адміністративних правопорушень у сфері службової діяльності, що вчиняються медичними працівниками, передбачають також необхідність притягнення до дисциплінарної відповідальності, яка є трудо-правовою. До кримінальної та адміністративної відповідальності правопорушники притягаються персонально.

Коли мова йде про цивільно-правову відповідальність та заподіяння шкоди медичним працівником, шкоду відшкодовує юридична чи фізична особа – роботодавець (ч. 1 ст. 1172 ЦК України) [203]. В даному випадку враховується як майнова, так і моральна шкода, що підтверджується судовою практикою та Постановою пленуму Верховного Суду України «Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди», відповідно до п. 8 якої «за моральну (немайнову) шкоду, заподіяну працівником під час виконання трудових обов'язків, відповідальність несе організація з якою цей працівник перебуває у трудових відносинах, а останній відповідає перед нею в порядку регресу (статті 130, 132 -134 КЗпП України), якщо спеціальною нормою закону не встановлено іншого» [154].

Таким чином, цивільно-правова відповідальність у такому випадку не є персональною, а відшкодовується медичним закладом, однак якщо заподіяння шкоди працівником пов'язане із порушенням трудової та технічної (технологічної) дисципліни, можливе притягнення до дисциплінарної відповідальності. А у тих випадках, коли юридична особа (медична установа), яка відшкодувала шкоду, заподіяну їй працівником, звернулася з позовом до суду щодо відшкодування їй шкоди таким працівником шляхом регресу (у порядку ч. 1 ст. 1191 ЦК України), то можливе притягнення такого працівника до матеріальної відповідальності, що є різновидом трудо-правової відповідальності. Так, згідно із п. 3, ч. 1 ст. 134 КЗпП України, працівники несуть матеріальну відповідальність у повному розмірі шкоди, заподіяної з їх вини установі, у випадках, якщо шкоди завдано діями працівника, які мають ознаки діянь, переслідуваних у кримінальному порядку, що підтверджується судовою практикою [162].

Таким чином, застосування матеріальної відповідальності у повному розмірі моральної шкоди в порядку регресу (права зворотної вимоги до винної особи) в такому випадку можливе лише за умови кваліфікації протиправних дій медичного працівника у якості злочину. У всіх інших випадках така відповідальність обмежується певною частиною заробітку працівника (але не більше середнього місячного заробітку) (ст. 130, 132 КЗпП України) [65].

При відшкодування роботодавцем майнової шкоди, заподіяної працівником, також застосовується право зворотної вимоги до винної особи (ч. 1 ст. 1191 ЦК України). Постанова пленуму Верховного Суду України «Про практику розгляду судами цивільних справ за позовами про відшкодування шкоди» закріплює порядок застосування права регресу до працівника при заподіянні ним шкоди роботодавцю (п. 8) [148], однак зазначене право роботодавця все ж таки обмежується трудовим законодавством, трансформуючи цивільно-правову відповідальність у матеріальну, що, як вже відзначалося, є трудо-правовою відповідальністю.

Відповідно до Постанови пленуму Верховного Суду України «Про судову практику в справах про відшкодування шкоди, заподіяної підприємствам, установам, організаціям їх працівниками» та за правилами ст. 132 КЗпП України за шкоду, заподіяну підприємству, установі, організації при виконанні трудових обов'язків [155; 65], працівники, з вини яких її заподіяно, несуть матеріальну відповідальність у розмірі прямої дійсної шкоди, але не більше свого середнього місячного заробітку, крім випадків, коли законодавством вона передбачена у більшому, ніж цей заробіток, розмірі. Повний розмір відшкодування застосовується, коли дії медичного працівника мають ознаки кримінального злочину п. 3 ч. 1 ст. 134 КЗпП України.

При матеріальній відповідальності в межах середнього місячного заробітку він визначається відповідно до «Порядку обчислення середньої заробітної плати» [119].

Таким чином, медичні заклади несуть цивільно-правову відповідальність та здійснюють відшкодування шкоди (майнової та немайнової), завданої їх медичними працівниками у повному обсязі; при цьому, застосовуючи право зворотної вимоги (регресу) до таких працівників, медичні заклади можуть отримати задоволення своїх вимог в обмеженому розмірі (у більшості випадків у розмірі не більше середнього місячного заробітку медичного працівника, що заподіяв шкоду), оскільки такі особи притягаються до матеріальної відповідальності згідно із нормами трудового законодавства. За трудовим законодавством розмір відшкодування у повному розмірі допускається лише, якщо дії працівника мають ознаки кримінального злочину та в деяких інших випадках (ст. 134 КЗпП України). Очевидною є колізія у врегулюванні відносин з відшкодування шкоди. Поєднання норм цивільного та трудового законодавства знищують компенсаторну функцію цивільного права щодо медичних закладів та, фактично, обмежуючи розмір відшкодування для

працівників середнім місячним заробітком, залишають їх без покарання за протиправну винну поведінку.

Пропонується переглянути порядок застосування норм трудового права до медичних працівників при притягненні їх до відповідальності у порядку зворотної вимоги (регресу). За заподіяння шкоди шляхом протиправної винної поведінки медичного працівника притягнення його до відповідальності у вигляді відшкодування шкоди повинно здійснюватися за нормами цивільного законодавства. Такий порядок повинен бути закріплений у діючому законодавстві прямою вказівкою закону. Відшкодування шкоди медичним закладом при заподіянні шкоди медичним працівником є, з нашої точки зору, доцільною конструкцією, оскільки більш надійно забезпечує можливість отримати гарантоване відшкодування постраждалою особою.

## **2.2. Поняття «медичної помилки»**

Юридична відповідальність за шкоду, заподіяну споживачеві при наданні медичних послуг, є різногалузєвою, має різну правову природу та механізми співвідношення. Хоча ст. 80 Основ зазначає, що особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність [103], ми відзначаємо, що всі ці види відповідальності по-перше, не виключають одна одну; по-друге, важливою у даному випадку є дисциплінарна та матеріальна відповідальність. Організація всіх видів дисципліни праці для медичних працівників, які надають медичну допомогу в межах трудових правовідносин, забезпечує якість і кваліфікованість такої допомоги та допомагає уникнути заподіяння шкоди такими працівниками.

Оскільки, як вже відзначалося, договір про надання медичних послуг – є ризиковий договір, а об'єктом впливу є організм людини, який має свої суб'єктивні характеристики, які можуть змінюватися під впливом різних

обставин, більшість претензій пацієнтів є безпідставними. Але є випадки, коли претензії не є безпідставними, але пацієнт просто не може довести наявність дефекту надання медичної допомоги чи наявність негативних результатів медичного втручання або причинного зв'язку між діями медичного працівника та відповідними результатами. Так, науковці, адвокати, судді та інші практичні працівники постійно звертають увагу на складність доведення окремих фактів, які визначають можливість притягнення винуватої особи до юридичної відповідальності у правовідносинах з надання медичних послуг [52, с. 54; 85, с. 54; 102, с. 92; 194]. Найчастіше, при встановленні дефектів медичної допомоги, застосовуються такі терміни як «медична помилка» або «лікарська помилка».

Питанням юридичної природи «медичної помилки» постійно приділяється увага з боку науковців; це є питання, яке також хвилює і медичних працівників, оскільки саме вони є виконавцями дій, що становлять предмет такої помилки. Аналіз наукових досліджень «медичної помилки» вказує на її подвійну природу, а саме наявність у складі цього поняття медичного та юридичного аспектів.

Одним із перших термін «лікарська помилка» було застосовано всесвітньо відомим лікарем М. І. Пироговим, який визначив її як хибні висновки і дії лікаря під час встановлення діагнозу, визначення тактики та методики лікування пацієнта [2, с. 225]. Зазначене визначення вказує на сутність досліджуваного явища, але не містить вказівок на причини, які призводять до таких хибних висновків і, як результат, заподіяння шкоди пацієнтові. Пацієнти та пересічні громадяни у більшості випадків сприймають лікарську помилку як негативне явище, що породжене виключно винуватими діями медичних працівників.

Однак у юридичній науці «медична або лікарська помилка» хоч і розглядається як негативне явище, але не завжди інтерпретується як винувата та карна діяльність. Вказаний термін не закріплений офіційно в

жодному нормативному акті, відповідно, у законодавстві відсутні кваліфікуючі ознаки діяння особи, яка допустила таку помилку [51]. Тому, як відзначає С. В. Антонов, «у правовій практиці у випадку встановлення помилковості дій медичного персоналу фактично вирішують два питання: про наявність (або відсутність) вини у діях медичного працівника, який припустився помилки, та про можливість юридичної відповідальності за такий недолік медичної діяльності» [3, с. 94]. Причому для правильної правової кваліфікації, вказує С.В. Антонов, «важливе значення має обґрунтування можливості застосування тієї чи іншої правової каральної (компенсаційної) санкції» [3, с. 94].

Ми розглядаємо термін «лікарська помилка» та «медична помилка» як тотожні, хоча зустрічаються у юридичній науці пропозиції щодо їх розмежування залежності від суб'єктів вчинення такої помилки, так, лікарська помилка вчиняється лікарями, медична помилка – це ширше поняття, яке включає до цього кола не тільки лікарів, а також медичних сестер та інших медичних працівників, в тому числі тих, хто здійснює лабораторні та інші дослідження [85, с. 54]. В цьому є сенс, оскільки практика медичних помилок надає нам різноманітні їх приклади та варіації, що виникають на різних стадіях медичної допомоги (в процесі діагностики, в процесі лікування, на етапі реабілітації та навіть в процесі профілактики захворювань тощо). Виходячи з цього в роботі перевага надається використанню терміну «медична помилка».

У науковій літературі неодноразово виникала спроба визначити різні види медичних помилок. Так, наприклад, виокремлено: діагностичні помилки (помилки в розпізнаванні захворювань та їх ускладнень, як-то помилковий діагноз хвороби чи ускладнення); тактичні помилки (як правило, є наслідком діагностичних прорахунків); організаційні помилки (помилки в організації тих чи інших видів медичної допомоги, створенні необхідних умов функціонування тієї чи іншої служби); технічні (помилки у проведенні діагностичних і лікувальних процедур, маніпуляцій,

методиках операцій); деонтологічні помилки (помилки в поведінці лікаря, його спілкуванні з хворим та його родичами, колегами, медичними сестрами, санітарками); помилки в заповненні медичної документації тощо [52, с. 54]. Подібні класифікації медичних помилок в українському праві не є новими і були запропоновані ще у радянському медичному праві (медичній науці), а також у зарубіжній науці. Так, за видом, медичні помилки поділялися на: діагностичні (за захворюваннями і ускладненнями, за якістю і формулюванням діагнозів, за розбіжностями початкового та кінцевого діагнозів); лікувальні (загальні, тактичні, технічні); організаційні (адміністративні, документаційні, деонтологічні) [68].

Опитування медичних працівників та пацієнтів, на які посалюються в своїх дисертаційних дослідженнях С.В. Антонов та С.В. Михайлов, а також наведені статистичні дані вказують на те, що найчастіше зустрічаються помилки щодо неналежного здійснення діагностичних та лікувальних заходів (78 %), проведення з порушенням медичних процедур (12 %), проведення операції з порушенням, несвоєчасно чи безпідставно (4 %), відсутності госпіталізації при явних показаннях (5 %), неналежних реанімаційних заходів (1 %). При цьому найбільше помилок трапляється у хірургів та стоматологів, значна кількість помилок у акушерів-гінекологів, досить часто помиляються терапевти та педіатри, а також високий процент помилок у травматологів. Звичайно, що це умовні дані, оскільки суб'єктивні та об'єктивні помилки наявні у всіх спеціалістів, а також у інших медичних працівників.

Медичний аспект лікарської помилки, з точки зору самих медичних працівників та науковців, полягає у відсутності у діях медичного працівника недбалства, халатності, безвідповідальності або невігластва, тобто лікарська помилка не є частиною складу злочину. З точки зору лікарів, науковців медичної сфери та деяких юристів, передумовою її виникнення є недосконалість медичної науки, техніки, ускладнений

перебіг захворювання, випадкові обставини, які лікар не міг передбачити тощо [5, с. 11–12; 95, с. 9].

Наприклад, С. В. Антонов визначає зміст медичної помилки як правомірні та обґрунтовані дії чи бездіяльність особи, яка надає медичні послуги (допомогу), несприятливий наслідок яких пов'язаний з недосконалістю та обмеженістю методів та засобів сучасної медичної науки, важкими об'єктивними умовами медичного втручання, атиповими будовою тіла або функціонуванням окремих органів, нестандартними реакціями організму пацієнта на застосування медичних препаратів чи процедур та виник незалежно від уважності та професійності надавача медичних послуг при відсутності в його діях (бездіяльності) умислу чи інших ознак складу цивільного правопорушення (представлене визначення його автором було запропоновано внести до медичного законодавства) [3, с. 96].

У науці та на практиці зустрічається також такий термін як «дефект надання медичної допомоги», так, С. Г. Стеценко, наприклад, розглядає лікарську помилку як дефект надання медичної допомоги, пов'язаний із неправильними діями медичного персоналу, які характеризуються як добросовісна помилка за відсутності ознак зловмисного чи необережного проступку [191, с. 455–458]. Зауважимо, що «дефект» завжди передбачає наявність неправильних дій під час надання медичної допомоги, але, у більшості випадків, виключає вину медичних працівників. Це породжує іншу термінологію при кваліфікації медичних помилок, наприклад, «добросовісні хиби лікарів», «сумлінна помилка лікаря», «добросовісна помилка лікаря» та інші. Застосування зазначених категорій пов'язане із виокремленням об'єктивних та суб'єктивних причин медичних помилок.

Об'єктивні причини передбачають відсутність протиправності у діяннях лікаря, а настання шкідливих (негативних) для пацієнта наслідків пов'язується із зовнішніми факторами, таким як недосконалість медичної науки (техніки), індивідуальні особливості організму кожної людини тощо.

Окремо можна відзначити таку причину, як відсутність умов, необхідних для проведення належного лікування в результаті війни, стихійного лиха, соціальних заворушень, епідемії або пандемії (останній яскравий приклад, світова пандемія Covid19) тощо [191, с. 458–460; 234]. До об'єктивних причин також можна віднести і неналежну поведінку пацієнта, якщо вона є усвідомленою, так, це може бути порушення рекомендованого режиму лікування, недотримання дієти, порушення режиму приймання ліків, самовільне лікування тощо.

Суб'єктивні причини вже пов'язуються із особою медичного працівника та його ставленням до своїх професійних обов'язків. Так, до помилок, викликаних суб'єктивними факторами, належать помилки, яких припускаються медичні працівники, котрі необґрунтовано відступають від встановлених медичних стандартів, діють необережно, самовпевнено чи припускаються необґрунтованого ризику за браком досвіду чи знань. Такі помилки можливі, наприклад, при неуважному обстеженні, неадекватній оцінці клінічних та лабораторних даних, неврахуванні чи переоцінці результатів консультацій інших спеціалістів, а також при недбалому виконанні операцій та інших лікувально-профілактичних заходів, догляді та спостереженні за пацієнтом, загальній незадовільній організації різних етапів медичної допомоги в медичному закладі, зокрема, при веденні документації, при порушенні деонтологічних та інших вимог щодо інформування пацієнта про стан його здоров'я [3, с. 96].

Вищезазначений поділ причин на суб'єктивні та об'єктивні також має давню історію, наприклад, до суб'єктивних традиційно відносили моральні та фізичні недоліки лікаря, недостатню професійну підготовку, недостатній збір та аналіз інформації тощо); до об'єктивних – несприятливі особливості пацієнта та його захворювання, несприятлива зовнішня обстановка, недосконалість медичної науки та технологій [68].

Наявність об'єктивного та суб'єктивного факторів, що впливають на медичні помилки, важко заперечувати, тобто однозначно можна зробити

висновок, що існують медичні помилки, які вчиняються у зв'язку із винними діями медичного працівника і ті, які виникають без такої винуватої поведінки зобов'язаної особи.

Різні підходи до розуміння та тлумачення лікарської помилки за останні роки не призвели до єдності наукових позицій у цьому питанні, однак можна однозначно відзначити, що у медичній літературі термін «медична помилка» застосовується у розумінні безвинної помилки лікаря (іншого медичного працівника), що виключає відповідальність.

У юридичній літературі з цього приводу у більшості досліджень переважає зовсім протилежний підхід. Навіть зустрічаються звинувачення, що «медичні працівники, намагаючись уникнути моральної та юридичної відповідальності за шкоду, спричинену здоров'ю пацієнта, позиціонують свою помилку як закономірне явище» [102, с. 92]. Однозначно можна констатувати, що результатом медичної помилки є заподіяння шкоди та настання негативних наслідків для пацієнта та (або) членів його сім'ї. Звичайно, можна знайти випадки, коли шкода після вчинення медичної помилки не була заподіяна, негативні наслідки з якихось причин не настали, але, у будь-якому випадку, «медична помилка» - це негативне явище. У зв'язку з цим термін «медична помилка» в юриспруденції застосовується в усіх випадках настання несприятливих (шкідливих) наслідків для пацієнта, незважаючи на те, якими причинами вони були обумовлені (випадковими або в результаті винних протиправних дій медичного працівника).

Таким чином, у юридичній науці існує дві позиції щодо змісту медичних помилок та ролі лікарів (медичних працівників- виконавців медичних послуг) у їх вчиненні.

Відповідно до першої позиції, - дії лікаря (виконавця медичних послуг) є правомірними, професійними та обґрунтованими; відсутній умисел заподіяти шкоду; негативні наслідки є результатом непередбачуваних обставин, що пов'язані із недосконалістю медичної

науки (техніки), індивідуальними особливостями живого організму, видом захворювання та добросовісністю самого пацієнта. Відповідно до другої, більш розповсюдженої позиції, - дії лікаря (виконавця медичних послуг) є несумлінними, непрофесійними, необережними; наявною є вина; негативні наслідки є результатом таких недбалих винуватих дій.

При наявності медичної помилки в результаті правомірних дій лікаря він повинен передусім це визнати та розповісти пацієнту. Надалі для встановлення довіри разом або із залученням інших спеціалістів корегувати лікування та досягти максимальної користі для пацієнта [75, с. 38].

У науці та практиці питання кваліфікації медичної помилки залишається «відкритим», незважаючи на значну кількість досліджень у відповідній сфері, результати досліджень у багатьох випадках є суперечливими та діаметрально протилежними. Науковці, у більшості випадків, медичними помилками схильні вважати будь-які дії медичних працівників, які призводять до негативних наслідків та до заподіяння шкоди. Так, наприклад, за наслідками, медичні помилки поділялися на нетяжкі (тимчасова втрата працездатності, непотрібна госпіталізація тощо) та тяжкі (непотрібне лікування, інвалідність, смерть пацієнта тощо). При цьому за категоріями, їх критеріями і видом відповідальності, медичні помилки поділялися на оману, нещасний випадок, проступок, злочин [68].

З нашої точки зору, медична помилка не передбачає протиправної поведінки (дії чи бездіяльності) медичного працівника та не передбачає наявності вини заподіювача шкоди, тобто медична помилка не є правопорушенням. Отже, підставою для притягнення медичних працівників до цивільно-правової відповідальності за заподіяння майнової (моральної) шкоди є професійне правопорушення у сфері медичної діяльності.

## **2.3. Підстави (умови) притягнення до цивільно-правової відповідальності**

### **2.3.1. Протиправна поведінка медичного працівника як підстава притягнення до цивільно-правової відповідальності**

Притягнення до цивільно-правової відповідальності у сфері професійної медичної діяльності можливе за наявності сукупності передбачених цивільним законодавством підстав: 1) протиправна поведінка (дія чи бездіяльність); 2) шкода (майнова, моральна); 3) причинний зв'язок між шкодою та протиправними діями; 4) вина заподіювача шкоди. Цивільно-правова відповідальність у медичній сфері може розглядатися як різновид юридичної відповідальності, який виникає внаслідок порушення охоронюваних законом майнових та немайнових благ громадян (життя та здоров'я). Зазначена відповідальність характеризується застосуванням такого способу захисту цивільних прав як відшкодування шкоди.

Протиправна поведінка медичного працівника полягає у наданні медичної допомоги з порушеннями встановлених стандартів у сфері охорони здоров'я, а також порушення особистих немайнових прав пацієнта.

Відповідно до ч. 3 ст. 14<sup>1</sup> Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у сфері охорони здоров'я повинні використовуватися медичні стандарти, що складаються із норм, правил і нормативів, а також показників (індикаторів) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики. Надання медичної допомоги здійснюється шляхом використання клінічних протоколів, тобто за допомогою уніфікованих документів, які визначають вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних методів надання медичної допомоги та їх послідовність. Надання реабілітаційної допомоги також передбачає використання протоколів, тобто уніфікованих документів, що

визначають вимоги до реабілітаційних заходів та їх послідовності відповідно до напрямів реабілітації. Медична допомога здійснюється також шляхом використання лікарських формулярів, тобто шляхом використання зареєстрованих ліків, які відповідають критеріям ефективності, допустимого рівня безпеки тощо.

Медична практика – це професійна діяльність у медичній сфері, що базується на закріплених стандартах, теоретичних знаннях та практичному досвіді медичних працівників. Застосування медичних стандартів, звичайно, у кожному конкретному випадку потребує індивідуального підходу, враховуючи медичний статус (стан) пацієнта, тому стандартизація медичної діяльності може розглядатися як в об'єктивному аспекті (існування стандартів та обов'язковість їх застосування), так і в суб'єктивному (особливості, обрання та порядок застосування щодо окремого пацієнта).

Слід звернути увагу, що вимога обов'язкового дотримання медичних стандартів стосується не тільки медичних працівників, а також і медичні заклади. Наприклад, для кожного медичного закладу обов'язковим є дотримання табеля матеріально-технічного оснащення. Такий табель визначає мінімально необхідний перелік обладнання устаткування та засобів, якими обладнується конкретний тип медичного закладу, а також для забезпечення діяльності фізичних осіб - підприємців, які надають медичні послуги за певною спеціальністю та/або мають право на надання реабілітаційної допомоги згідно із законодавством. У зв'язку з цим, визначаючи протиправність поведінки медичного працівника, спираючись на недотримання ним тих чи інших медичних стандартів, слід враховувати стан дотримання стандартів медичним закладом, де працює медичний працівник.

Визначення протиправності у діяннях медичного працівника, що пов'язане із недотриманням існуючих медичних стандартів є складним питанням, і в кожному конкретному випадку доведення такої

протиправності здійснюється індивідуально, виходячи із наявних обставин справи. Дуже часто недотримання таких стандартів здійснюється із об'єктивних причин, таких як, наприклад, відсутність таких стандартів (медичний працівник керується виключно власним досвідом), застарілість стандартів, наявність декількох джерел, які суперечать одне одному, недоступність (виклад тільки на іноземній мові), відсутність необхідних ліків тощо. Тому, коли мова йде про визнання поведінки медичного працівника протиправною, слід враховувати не тільки наявність тих чи інших медичних стандартів та обов'язок їх застосування, а також об'єктивну і суб'єктивну можливість їх використання. Інша проблема, яка також має місце, це індивідуальний підхід лікаря до кожного пацієнта, що може породжувати суперечності між доцільністю власних дій та наявними стандартами надання медичної допомоги (лікування).

Результатом недотримання медичним працівником встановлених стандартів та нормативів лікування може бути, з точки зору пацієнтів, так зване, «неправильне лікування», «зайве лікування», «недостатнє лікування»; з точки зору медичної науки, це може бути: неправильна (неточна) діагностика, недоцільний підбір методів (методик) лікування та ліків, неврахування можливих медичних ризиків, неврахування супутніх захворювань при обранні методів та способів лікування головного захворювання, несвоєчасна діагностика, несвоєчасне (із запізненням) надання медичної допомоги тощо.

Пацієнти мають значну кількість особистих немайнових прав (благ) у сфері охорони здоров'я, які закріплені у ЦК України та, переважно, «Основах законодавства про охорону здоров'я». За4клади охорони здоров'я та медичні працівники повинні дотримуватися таких прав пацієнтів, адже їх недотримання є порушенням цивільного та медичного законодавства, тобто є протиправною поведінкою медичних працівників в результаті чого може бути заподіяно майнову та моральну шкоду пацієнтові. До таких прав, наприклад, можна віднести право пацієнта на

отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я. Так, згідно із частини третьої статті 39 Основ, медичним працівником має бути надано пацієнту в доступній та зрозумілій для нього формі інформацію про стан його здоров'я, визначена мета проведеного дослідження та лікувального заходу, що спрямований на гармонізацію його здоров'я.

Право пацієнта на лікарську таємницю, виникає не лише згідно Основ, а й згідно Основного Закону України – Конституції [72]. Медичними працівниками, що внаслідок виконання своїх професійних обов'язків дізнались інформацію стосовно хвороби, медичного обстеження, огляду або результатів, не мають жодного права на розголошення цих відомостей, крім передбачених законодавчими актами випадків. Окрім того, навіть свідчення в судовому засіданні стосовно наявних фактів має особливу процедуру. Дане питання досліджувалось у розділі 3.3 даної роботи. Обов'язковість згоди пацієнта на медичне втручання є ще одним важливим обов'язком медичного працівника, так, відповідно до ст. 43 Основ, без відповідної згоди жодних заходів лікування, або профілактичних або реабілітаційних проведено не може бути [151].

Відповідно до ст. 22 Основ, держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, нормативів професійної діяльності в сфері охорони здоров'я. Одним із таких органів є Клініко-експертна комісія, яка діє на підставі «Положення про клініко-експертну комісію Міністерства охорони здоров'я України» і є консультативно-дорадчим органом, діючим на постійній (без виїзду на місце конкретного випадку) або тимчасовій основі (у разі виїзду на місце конкретного випадку) [112; 113], 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. Основним завданням Клініко-експертної комісії є проведення експертної оцінки запитуваної документації, яка передбачає клініко-експертну оцінку якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування. Така оцінка відбувається шляхом проведення 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 [112].

Діяльність зазначеної комісії впливає на встановлення факту протиправності діянь медичного працівника, відхилення від встановлених стандартів та нормативів, виявлення ознак непрофесійності у діяннях медичного працівника. Висновок Клініко-експертної комісії може слугувати доказом факту протиправності діянь в процесі діагностики, лікування, реабілітації або профілактики, так, експертна оцінка комісією якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування проводиться у випадках смерті пацієнтів, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локальних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, що супроводжувалися скаргами заявника та/або особи, яка представляє інтереси заявника.

Таким чином, порушення медичним працівником вимог медичного та іншого законодавства є однією із підстав притягнення до цивільно-правової відповідальності, складовою професійного правопорушення, а

також передумовою заподіяння пацієнтові або членам його сім'ї майнової та моральної шкоди.

### **2.3.2. Шкода заподіяна пацієнтові в результаті протиправних дій медичного працівника як підстава (умова) цивільно-правової відповідальності**

Шкода заподіяна пацієнтові в результаті протиправних дій медичного працівника є наступною умовою цивільно-правової відповідальності. Шкода – це майнові (матеріальні) збитки, які проявляються у зменшенні обсягу майна пацієнта, зайвих витратах, не отриманих або недоотриманих доходах, а також це моральні переживання, що виникають в результаті невдалого медичного втручання, лікування, діагностики, недотримання особистих немайнових та інших прав пацієнта. В нормативних актах відсутнє закріплення поняття шкоди, однак чітко закріплено право на її відшкодування, зокрема, у ЦК України (гл. 82), Основах законодавства про охорону здоров'я (ст. 80), Європейській хартії прав пацієнтів (п. 14) тощо [53].

У більшості випадків, коли мова йде про відшкодування шкоди пацієнтові, її заподіяння пов'язане із ушкодженням здоров'я або смертю. У науці медичного права для позначення протиправного діяння, що призводить до шкоди життю та здоров'ю пацієнта, досить часто використовується термін «ятрогенний делікт» [4, с. 22]. Таким чином, необхідність відшкодування майнової та моральної шкоди виникає у зв'язку із заподіянням медичним працівником так званої *«фізичної шкоди»* пацієнтові. З'ясувати сутність цього поняття можна відповідно до положень, що містяться у «Правилах судово-медичного визначення ступеню тяжкості тілесних ушкоджень» [135], де зазначено, що у разі неналежного надання медичної допомоги, що виявилось у порушенні анатомічної цілісності тканин і органів та їх функцій, такі порушення розглядаються як тілесні ушкодження, – це означає, що така шкода

розглядається як синонім тілесних ушкоджень. Враховуючі вищезазначені Правила, С. В. Антонов, запропонував до до шкоди здоров'ю, яка заподіяна при здійсненні медичних втручань, можна віднести: тілесні ушкодження, які полягають у порушенні анатомічної цілісності органів і тканин або їх фізіологічних функцій; виникнення супутнього основному захворюванню пацієнта [4, с. 24].

Постраждалий пацієнт в залежності від обставин та наслідків заподіяння шкоди може вимагати: відшкодування вартості ліків, відшкодування вартості аналізів та діагностичних досліджень, відшкодування вартості госпіталізації, реабілітації, санаторно-курортного лікування, оплати вартості протезування, операційного втручання, відшкодування вартості спеціального медичного обладнання, оплата допомоги з догляду за хворим, оплата за перенавчання постраждалого новій професії, відшкодування за моральні (душевні) страждання тощо. Слід відзначити, що формули для розрахунку розміру компенсації не існує, тому вона обраховується у кожному конкретному випадку в залежності від обсягу негативних наслідків та заподіяних збитків. Розмір відшкодування при цьому повинен бути реальним та обґрунтованим.

Під моральною шкодою слід розуміти втрати немайнового характеру внаслідок моральних чи фізичних страждань, або інших негативних явищ, заподіяних фізичній особі незаконними діями або бездіяльністю інших осіб [154]. Моральна шкода у сфері охорони здоров'я може полягати, зокрема: у приниженні честі та гідності пацієнта, душевних переживаннях у зв'язку з ушкодженням здоров'я, душевних переживаннях у зв'язку із смертю члена сім'ї, порушенні стосунків з оточуючими людьми, при настанні інших негативних наслідків [154].

Судом зважуються всі докази по справі та встановлюється чи дійсно встановлена сума є еквівалентним вираженням моральної шкоди, що полягає у його душевних стражданнях, враховує психологічне ставлення особи, тривалість такої моральної шкоди, можлива шкода діловій репутації

Обов'язковому з'ясуванню належить стан Пацієнта, а саме: які саме зміни спричинила дана шкода, вплив на особисті та робочі стосунки, необхідний термін для відновлення спричиненого порушення особі. А також окремо може розглядатися питання спростування інформації спричиненої розповсюдженням інформації про стан його здоров'я.

Найголовніше – встановити наявність мотиву до такої поведінки медичного працівника [154].

### **2.3.3. Причинний зв'язок між шкодою пацієнтові та протиправними діями медичного працівника та вина заподіювача шкоди - медичного працівника як підстави притягнення до цивільно-правової відповідальності**

Причинний зв'язок між шкодою пацієнтові та протиправними діями медичного працівника є наступною важливою умовою притягнення до цивільно-правової відповідальності. Всі умови цивільно-правової відповідальності у конкретних медичних відносинах потребують ретельного дослідження, індивідуального підходу та, виходячи із змісту (суті) самої медичної діяльності (медичної допомоги), є складною справою. Встановлення реального зв'язку між протиправними діями (бездіяльністю) медичного працівника і настанням негативних наслідків та, відповідно, шкоди є важливим завданням, що полягає в професійному інтерпретуванні діяльності лікаря, дослідженні наявних результатів та наслідків його діяльності, встановленні всіх додаткових та прихованих факторів, що могли вплинути на фізичний стан пацієнта тощо. Доведення причинного зв'язку у більшості випадків можливе тільки за участі у цьому процесі професіоналів, тобто інших медичних працівників, які можуть дати кваліфікований висновок.

Якщо справа про відшкодування шкоди потрапляє до суду, то встановлення причинного зв'язку є одним із питань медичних спорів, що, у більшості випадків, вирішуються за допомогою спеціальних експертиз.

Відповідно до ст. 7 Закону України «Про судову експертизу» судово-експертну діяльність здійснюють державні спеціалізовані установи, їх територіальні філії, експертні установи комунальної форми власності, а також судові експерти, які не є працівниками зазначених установ, та інші фахівці (експерти) з відповідних галузей знань [152]. До державних спеціалізованих установ належать, в тому числі, і науково-дослідні установи судових експертиз, судово-медичні та судово-психіатричні установи Міністерства охорони здоров'я України. Для проведення судової експертизи необхідна або наявність відповідного судового рішення, або або договір з експертом чи експертною установою - якщо експертиза проводиться на замовлення інших осіб.

Судово-медична експертиза провадиться у відповідності із «Інструкцією про проведення судово-медичної експертизи» та [59], в залежності від виду медичної експертизи, на підставі окремих правил, що встановлюють порядок проведення експертизи у відповідному медичному відділенні (токсикологічна, цитологічна, імунологічна тощо експертиза). Судово-медична експертиза проводиться з метою дослідження на підставі спеціальних знань матеріальних об'єктів, що містять інформацію про обставини справи, яка перебуває в провадженні органів дізнання, слідчого, прокурора чи суду. В окремому порядку здійснюється проведення психіатричної експертизи [121].

Роль судово-медичних експертиз при встановленні причинного зв'язку у багатьох випадках є вирішальною. Однією із проблем є те, що результатом експертизи повинен бути медичний експертний висновок, який не визначає (не вирішує) правових питань. Так, у зв'язку із цим, у постанові пленуму Верховного суду України «Про судову експертизу в кримінальних і цивільних справах» вказується на неприпустимість призначення експертизи у випадках, коли з'ясування певних обставин не потребує спеціальних знань, а також порушення перед експертом правових

питань, вирішення яких віднесено законом до компетенції суду (зокрема щодо вини, неосудності чи недієздатності особи тощо) [153].

Вина заподіювача шкоди є заключною умовою притягнення до відповідальності за професійні правопорушення у медичній сфері.

Вина при притягненні до цивільно-правової відповідальності виражається у формі необережності, що виявляється у таких формах:

1) передбачав настання шкідливих наслідків, але самовпевнено сподівався на їх відвернення;

2) не передбачав настання шкідливих наслідків, хоча в силу своїх професійних обов'язків повинен був передбачити.

В деяких випадках форма вини впливає на кваліфікацію правопорушення, адже умисел у більшості випадків є умовою для визнання правопорушення кримінальним злочином. У цивільному праві та у відносинах щодо медичного обслуговування діє принцип презумпції вини, тобто відсутність вини доводиться особою, що заподіяла шкоду.

Щодо відшкодування майнової та моральної шкоди за загальним правилом діють однакові умови щодо вини. Так, особа (фізична чи юридична) звільняється від відповідальності по відшкодуванню моральної шкоди, якщо доведе, що остання заподіяна не з її вини.

Однак, слід звернути увагу, що відповідальність заподіювача шкоди без вини може мати місце у випадках, спеціально передбачених законодавством [154].

#### **2.4. Відповідальність медичного працівника за медичну помилку: світовий досвід США та Литви**

В українській судовій практиці збільшується кількість судових справ щодо неналежного надання медичної допомоги та відшкодування шкоди, завданої медичними працівниками. Водночас, проблемам юридичної відповідальності медиків за професійні правопорушення приділяти значно

більше уваги, а на сьогоднішньому етапі розвитку українського суспільства і медико-правової науки на перший план відносно відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення виходить цивільно-правова відповідальність [23].

У світі у судовій практиці різних держав здебільшого розглядають так звані «медичні справи», тобто справи за участі медичних працівників та медичних помилок: «medical cases», «medical malpractice cases» [222; 223; 227; 228; 238; 244; 255; 259; 26; 136; 190].

Від цього визначення істотно залежать особливості судового розгляду справ: коло учасників, що залучаються до розгляду, позовні вимоги, предмет доказування та докази у справі тощо (дивіться підрозділ 3.2 роботи).

Приєднуємося до визначення «медичних справ», яке запроповано науковцями, оскільки практично всі види і форми соціальних відносин потенційно можуть стати основою конфліктів між їх учасниками, отже, ідентифікація відносин між сторонами як таких, що виникають у сфері медичного права або з приводу надання медичних послуг, може бути підставою для визначення спорів, які виникають з таких відносин, тобто «медичних спорів» [240].

Відносини у сфері надання медичних послуг, а також відносини в рамках охорони здоров'я можуть бути підставою для різного роду спорів, від порушення зобов'язань за договором про охорону здоров'я до зловживання службовим становищем. При цьому, відносячи окремі спори до категорії медичних, слід акцентувати увагу саме на тих з них, які відносяться до понять медичного права, а не на тих, які пов'язані з порушеннями інших зобов'язань (тобто порушення порядку оплати за договором про надання медичних послуг слід класифікувати як договірний, а не медичний спір, оскільки специфіка спору не пов'язана зі складним характером медичних правовідносин, що виникають між його сторонами).

Відповідно виникає проблема належного визначення виду цивільно-правової відповідальності відповідача – договірна [5; 8; 179; 180] чи деліктна [5; 14; 35; 62; 79; 104].

В дослідженні українських та литовських науковців обговорюються дві моделі відшкодування шкоди, які застосовуються в різних країнах під час вирішення питань щодо відшкодування шкоди, завданої медичним працівником: модель судового відшкодування (the judicial claim model) [240] та модель відшкодування шкоди без вини (адміністративна модель або the no-fault compensation for damage) [246].

Головною особливістю моделі судового відшкодування шкоди є те, що в її основі лежить ідея про необхідність встановлення цивільно-правової відповідальності за шкоду, заподіяну пацієнту. У такому випадку спір відбувається між пацієнтом та закладом охорони здоров'я (фахівцем охорони здоров'я), в судовому розгляді мають бути встановлені умови цивільно-правової відповідальності та реалізовані функції відшкодування шкоди та попередження шляхом застосування цивільно-правової відповідальності.

Досвід інших держав світу свідчить про наявність проблем застосування обох моделей відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, про які зазначено вище.

У Сполучених Штатах пацієнт, який стверджує про медичну недбалість (medical malpractice), повинен довести чотири елементи або юридичні підстави: (1) існування юридичного обов'язку з боку лікаря надавати допомогу або лікувати пацієнта; (2) порушення цього обов'язку через недотримання лікарем стандартів професії; (3) причинно-наслідковий зв'язок між таким порушенням обов'язків і шкодою (injury), заподіяною пацієнту; і (4) наявність конкретних збитків (damages), які впливають із шкоди, таких, які можна відшкодувати [226; 235; 237; 254; 256].

У Сполучених Штатах обов'язок з боку лікаря надавати медичну допомогу пацієнту виникає щоразу, коли між пацієнтом і постачальником медичних послуг встановлюються професійні стосунки. Обов'язок не існує там, де немає стосунків між лікарем і пацієнтом; але коли встановлюються такі стосунки, наприклад, договором, оплати послуг клініки, де лікуються малозабезпечені пацієнти, або надання невідкладної допомоги жертві аварії на узбіччі, впливає обов'язок розумної обережності [226; 256]. Винятком із обов'язку догляду є випадки, коли лікар розглядає пацієнта як непрофесіонала, наприклад, поза лікарнею чи клінікою, або в якомусь соціальному оточенні. У таких випадках не встановлюються стосунки між лікарем і немає обов'язку надавати належну медичну допомогу [235].

Щоб довести, що відбулося порушення професійних обов'язків, пацієнт повинен посилатися на концепцію стандарту медичної допомоги. Хоча точне визначення «стандарту медичної допомоги» може відрізнятися в різних юрисдикціях, і ця концепція може виявитися невловимою під час її застосування, стандарт медичної допомоги, як правило, відноситься до такої допомоги, яку б надав пацієнту розумний професіонал з аналогічним положенням. Щоб встановити порушення стандарту професійної допомоги, необхідні свідчення експертів, оскільки журі з непрофесіоналів не може зрозуміти нюанси медичної допомоги. Деякі порушення стандартів медичної допомоги настільки кричущі, що свідчення експерта не потрібні; тому операція на неправильній кінцівці є очевидним порушенням обов'язків, яке говорить само за себе. Ця концепція втілена в юридичному терміні під назвою *res ipsa loquitur* (лат. «річ сама говорить», але частіше перекладається як «річ говорить сама за себе»); у таких випадках судове провадження є скороченим, і журі може перейти до визначення збитків, оскільки порушення обов'язку є очевидним [226; 237].

Порушення стандарту медичної допомоги саме по собі, окрім потенційного занепокоєння щодо якості медичної допомоги для практикуючого лікаря чи установи, є юридично безглуздим, якщо воно не

завдає шкоди пацієнту. Щоб довести цей елемент, постраждалий позивач повинен продемонструвати прямий зв'язок між стверджуваною неправомірною поведінкою та подальшою травмою. Крім того, пацієнт може продемонструвати юридично достатній зв'язок між порушенням обов'язків і травмою; це поняття називається безпосереднім причинним зв'язком [226; 254].

Останній елемент позовів про медичну недбалість називається відшкодуванням збитків. Позов про медичну недбалість зазвичай закінчується розрахунком збитків. За відсутності доказів збитків позивач не може підтвердити підставу для позову за медичну недбалість [226; 237; 254].

Провідним вважається досвід Литви, де до 1 січня 2020 року застосовувалася лише модель судового відшкодування, коли компенсацію за заподіяну шкоду міг присудити лише суд. Водночас, відшкодування шкоди присуджувалося на підставі обов'язкового досудового порядку вирішення спорів шляхом звернення до комісії для оцінки шкоди, завданої здоров'ю пацієнтів при МОЗ. У разі незгоди з прийнятим рішенням питання про відшкодування шкоди могло вирішуватися в судах, де повинні були бути встановлені умови цивільно-правової відповідальності у всіх випадках при зверненні за відшкодуванням шкоди [240].

У 2020 році набули чинності зміни до Закону Литовської Республіки «Про права пацієнтів та компенсацію шкоди їхньому здоров'ю» [249], згідно з якими набула чинності і модель відшкодування шкоди без вини [230; 241]. Дана модель служить альтернативою для судового вирішення медичних спорів. Встановлення цієї моделі усуває обов'язок оцінювати вину лікаря, оскільки ця модель базується на оцінці придатності конкретної справи з точки зору отримання компенсації за шкоду та присудження збитків з певного фонду під час адміністративного провадження. Відповідно до цієї системи, компенсація присуджується, якщо комісія з оцінки шкоди, заподіяної здоров'ю пацієнтів, встановлює,

що шкода була завдана здоров'ю пацієнта при наданні медичних послуг цій особі і що це не було неминучою шкодою. Це рішення приймається без урахування вини закладу охорони здоров'я та медичного працівника, який завдав цієї шкоди. Особи, які не згодні з рішенням, прийнятим комісією з оцінки шкоди, заподіяної здоров'ю пацієнтів, мають право подати позов до звичайного суду в порядку, встановленому Цивільним процесуальним кодексом в частині розгляду питання про відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю пацієнта по суті. Суд зобов'язаний керуватися статтею 24 Закону «Про права пацієнтів та відшкодування шкоди, завданої їхньому здоров'ю», згідно з якою він має право присудити більшу або меншу суму компенсації.

Ця офіційно передбачена система визначається як обов'язкова досудова процедура, яка повинна застосовуватися пацієнтом або іншою особою, яка вимагає відшкодування шкоди відповідно до процедури, встановленої Цивільним процесуальним кодексом [231]. Таким чином, вона не сприймається як альтернативна, добровільна система, заснована на вільному виборі суб'єкта.

Із викладеного вище можна зробити наступні висновки: по-перше, виділяється дві моделі відшкодування шкоди, які застосовуються в різних країнах під час вирішення питань щодо відшкодування шкоди, завданої медичним працівником: модель судового відшкодування (the judicial claim model) та модель відшкодування шкоди без вини (адміністративна модель або the no-fault compensation for damage). По-друге, щоб довести, що відбулося порушення професійних обов'язків, пацієнт повинен посилатися на концепцію стандарту медичної допомоги. Щоб довести цей елемент, постраждалий позивач повинен продемонструвати прямий зв'язок між стверджуваною неправомірною поведінкою та подальшою травмою. І, по-третє, позов про медичну недбалість зазвичай закінчується розрахунком збитків. За відсутності доказів збитків позивач не може підтвердити підставу для позову за медичну недбалість.

Вважаємо, що досвід зарубіжних країн у питанні розгляду справ, пов'язаних із відшкодуванням шкоди, спричиненої медичною помилкою, або за участі медичного працівника, має бути імплементований до українського законодавства.

Переїняття досвіду з проведення експертизи професійною комісією щодо оцінки шкоди, заподіяної здоров'ю пацієнтів, що встановлює, що шкода була завдана здоров'ю пацієнта при наданні медичних послуг цій особі, з нашої точки зору, має значно полегшити та прискорити вирішення у подальшому судами питань щодо відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, у порядку цивільного судочинства.

## Висновки до розділу 2

Заклади охорони здоров'я несуть цивільно-правову відповідальність та здійснюють відшкодування шкоди (майнової та немайнової), завданої їх медичними працівниками у повному обсязі; при цьому, застосовуючи право зворотної вимоги (регресу) до таких працівників, медичні заклади можуть отримати задоволення своїх вимог в обмеженому розмірі, оскільки такі особи притягаються до матеріальної відповідальності згідно із нормами трудового законодавства.

Колізія норм цивільного та трудового законодавства знищує компенсаторну функцію цивільного права щодо медичних закладів та, фактично, обмежуючи розмір відшкодування для працівників середнім місячним заробітком, залишають їх без покарання за протиправну винну поведінку.

Пропонується переглянути порядок застосування норм трудового права до медичних працівників при притягненні їх до відповідальності у порядку зворотної вимоги (регресу). За заподіяння шкоди шляхом протиправної винної поведінки медичного працівника притягнення його до відповідальності у вигляді відшкодування шкоди повинно здійснюватися за нормами цивільного законодавства. Такий порядок повинен бути закріплений у діючому законодавстві прямою вказівкою закону. Відшкодування шкоди закладом охорони здоров'я при заподіянні шкоди медичним працівником є, з нашої точки зору, доцільною конструкцією, оскільки більш надійно забезпечує можливість отримати гарантоване відшкодування постраждалою особою.

У юридичній науці існує дві позиції щодо змісту медичних помилок та ролі лікарів (медичних працівників) у їх вчиненні. Відповідно до першої позиції, - дії лікаря (виконавця медичних послуг) є правомірними, професійними та обґрунтованими; відсутній умисел заподіяти шкоду; негативні наслідки є результатом непередбачуваних обставин, що

пов'язані із недосконалістю медичної науки (техніки), індивідуальними особливостями живого організму, видом захворювання та добросовістю самого пацієнта. Відповідно до другої, більш розповсюдженої позиції, - дії лікаря (виконавця медичних послуг) є несумлінними, непрофесійними, необережними; наявною є вина; негативні наслідки є результатом таких недбалих винуватих дій.

На наш погляд, медична помилка не передбачає протиправної поведінки (дії чи бездіяльності) медичного працівника та не передбачає наявності вини заподіювача шкоди, тобто медична помилка не є правопорушенням.

Притягнення до цивільно-правової відповідальності у сфері професійної медичної діяльності можливе за наявності сукупності передбачених цивільним законодавством підстав: 1) протиправна поведінка (дія чи бездіяльність); 2) шкода (майнова, моральна); 3) причинний зв'язок між шкодою та протиправними діями; 4) вина заподіювача шкоди.

З нашої точки зору, підставою для притягнення медичних працівників до деліктної цивільно-правової відповідальності за заподіяння майнової (моральної) шкоди є професійне правопорушення у сфері медичної діяльності.

Аналіз іноземного законодавства свідчить про існування двох моделей відшкодування шкоди, які застосовуються в різних країнах під час вирішення питань щодо відшкодування шкоди, завданої медичним працівником: модель судового відшкодування (the judicial claim model) та модель відшкодування шкоди без вини (адміністративна модель або the no-fault compensation for damage).

Модель відшкодування шкоди, що існує в США передбачає застосування концепції порушення стандарту професійної медичної допомоги Щоб встановити порушення стандарту професійної допомоги, необхідні свідчення експертів, оскільки журі присяжних з непрофесіоналів

не може зрозуміти нюанси медичної допомоги. Судова практика деяких штатів США передбачає обов'язок постраждалого позивача продемонструвати прямий зв'язок між стверджуваною неправомірною поведінкою та подальшою травмою. Позов про медичну недбалість зазвичай містить вимогу про стягнення збитків, розмір яких позивач зобов'язаний розрахувати та довести. За відсутності доказів збитків позивач не може підтвердити підставу для позову за медичну недбалість.

Вважаємо, що досвід зарубіжних країн у питанні розгляду справ, пов'язаних із відшкодуванням шкоди, спричиненої медичною помилкою, або за участі медичного працівника, може бути імплементований до українського законодавства. Зокрема, перейняття іноземного досвіду з проведення експертизи професійною комісією щодо оцінки шкоди, заподіяної здоров'ю пацієнтів, що встановлює, що шкода була завдана здоров'ю пацієнта при наданні медичних послуг цій особі, з нашої точки зору, має значно полегшити та прискорити вирішення у подальшому судами питань щодо відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, у порядку цивільного судочинства.

## РОЗДІЛ 3. РОЗГЛЯД ТА ВИРІШЕННЯ ЦИВІЛЬНИХ СПРАВ ПРО ВІДШКОДУВАННЯ ШКОДИ, ЗАВДАНОЇ МЕДИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ

### 3.1. Позасудове врегулювання спорів, що виникають з відносин заподіяння шкоди медичним працівником: світова практика

Writings on medical responsibility can be traced back to 2300 BC when the Code of Hammurabi provided that “If the doctor has treated a gentleman with a lancet of bronze and has caused the gentleman to die, or has opened an abscess of the eye for a gentleman with a bronze lancet, and has caused the loss of the gentleman's eye, one shall cut off his hands”<sup>1</sup>

*An introduction to medical malpractice  
in the United States* by B. S. Bal [226]

Позасудове врегулювання спорів є поширеним явищем в сучасному світі [248], оминати його увагою в дослідженні було б неправильно. Тим більше, в Україні було проведено відповідну реформу і Законом № 1401-VIII, ухваленим 2 червня 2016 року, внесені зміни до Конституції України [139], зокрема до статті 124. Ці зміни стосувались встановлення обов'язкового досудового порядку врегулювання спору, якщо це передбачено законом. До всіх процесуальних кодексів були внесені відповідні зміни, відтепер в їхніх положеннях передбачено вимогу про надання суду доказів вжиття обов'язкових заходів досудового врегулювання спору, які передбачені законом [173; 195; 210; 212; 215].

Варто зауважити, що законодавством України поки що не передбачено обов'язкових випадків застосування досудового врегулювання спору [39; 98; 160; 201; 218]: виключення, як зазначають в літературі становлять випадки, передбачені, зокрема, Монреальською Конвенцією про

---

<sup>1</sup> «Твори про відповідальність медиків можна простежити до 2300 року до нашої ери, коли Кодекс Хаммурапі передбачав, "якщо лікар лікував особу бронзовим ланцетом і спричинив його смерть, або відкрив абсцес ока особі, з бронзовим ланцетом, і спричинив втрату ока особи, потрібно відрубати йому руки"» (Clinical Orthopaedics and Related Research. 2009. Vol. 467, Iss. 2. P. 339) (тут і далі переклад авторки).

уніфікацію деяких правил міжнародних повітряних перевезень, яка була підписана країнами-учасницями 28 травня 1999 року [71], а саме в статті 31 зазначається, що у випадку пошкодження багажу або вантажу особа, яка має право на його отримання, повинна надіслати перевізнику претензію негайно після виявлення пошкодження й не пізніше семи днів з дати отримання зареєстрованого багажу й чотирнадцяти днів з дати отримання вантажу [7; 67].

Водночас, Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» передбачено види, форми і складові контролю якості [116], що спрямовані на забезпечення медичної допомоги належної якості [28; 187; 189; 200]. Дія цього Наказу поширюється, в т.ч. на заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, фізичних осіб - підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики. Якість наданих медичних послуг визначається клініко-експертними комісіями, про що згадувалось вище.

Важливо зауважити, що досудовий спосіб врегулювання спору для захисту порушених прав не є обов'язковим у правовідносинах між сторонами. Оскільки право особи на доступ до суду передбачене Конституцією України, ЦПК України та ГПК [72; 204; 37], і це підтверджується рішенням КС України від 9 липня 2002 року № 15-рп/2002 [164], в якому надано пояснення щодо застосування досудового врегулювання спору для захисту порушених прав. Зокрема, Конституційний Суд України вказав на те, що закон не може обумовити форму судового захисту, в тому числі через використання інших засобів правового захисту, включаючи досудове врегулювання спору, а обов'язкове досудове врегулювання спорів, яке виключає можливість подання позовної заяви до суду, порушує право особи на судовий захист. Вибір конкретного засобу правового захисту, включаючи досудове

врегулювання спору, є правом особи, а не її обов'язком, і залежить від її добровільного рішення на підставі власних інтересів [74; 89; 198; 208; 219].

Як засвідчує аналіз досвіду різних країн світу, застосування альтернативних способів врегулювання саме медичних спорів є визнаним та корисним інструментом, який забезпечує досягнення бажаного результату сторонами. Специфіка медичних послуг та відповідної сфери суспільного життя зумовлює необхідність застосування більш конфіденційних, менш виснажливих та швидших процедур врегулювання спорів, ніж може запропонувати судочинство та судова форма врегулювання спорів [1; 101; 213].

Інтерес до альтернативного вирішення спорів про лікарські зловживання виник в кінці 1980-х і початку 1990-х років. Поширення позасудового вирішення спорів логічно призвело до зацікавленості та бажання знайти більш ефективні способи захисту прав людей на охорону здоров'я [243].

Переваги використання альтернативного вирішення спорів у спорах про зловживання медичними послугами включають прийняття більш кваліфікованих рішень, медичних працівників, які беруть безпосередню участь, зниження судових витрат та травм судового процесу зі зловживанням службовим становищем, покращення якості експертів-свідків, ведення дрібних справ і ведення легковажних судових процесів [245].

Серед основних підходів до відшкодування шкоди, завданої пацієнту, - можливість звернення до суду за умови настання шкоди та вини, а також настання відповідальності без вини медичного працівника. Прихильники такого підходу переважно вважають, що тягар запровадження відповідальності медичних працівників без вини приведе до необґрунтованих позовів пацієнтів до суду та приблизно одна третина претензій була безпідставною в тому сенсі, що передбачувані несприятливі наслідки не були пов'язані з помилкою [216; 224; 236].

Водночас більшість пацієнтів, яким було заподіяно шкоду внаслідок недбалості чи медичної помилки, не подають до суду [247; 251]. Однак перевага поданих позовів і здатність системи вирішити їх належним чином є дискусійною - якщо необґрунтовані заяви стануть повсякденною реальністю для судів, вони можуть стати джерелом марнотратства в системі охорони здоров'я та правовій системі держави [232].

Для настання цивільно-правової відповідальності за шкоду здоров'ю за українським законодавством необхідно, щоб така шкода була спричинена з вини заподіювача шкоди [11; 42; 64; 205, с. 481]. Вина медичних працівників, як правило, виступає у формі необережності. Для звільнення від обов'язку відшкодувати шкоду здоров'ю заподіювач шкоди повинен довести, що вона сталася не з його вини [23]. Відповідно знання керівниками закладів охорони здоров'я та їхніми працівниками чинного законодавства щодо відповідальності медичних працівників і вжиття заходів щодо забезпечення його дотримання є запорукою нормальної роботи закладів охорони здоров'я [23].

Як зазначають в літературі, оскільки відшкодування шкоди відбувається медичним закладом, у останнього виникає право зворотної вимоги до винної особи (на підставі ст. 1191 ЦК України); а саме особа, яка відшкодувала шкоду завдану іншою особою, має право зворотної вимоги до винної особи у розмірі виплаченого відшкодування, якщо інший розмір не встановлений законом. Тобто регрес у сфері цивільно-правової відповідальності медичних організацій – це можливість медичної організації, яка відшкодувала шкоду, заподіяну пацієнтові при наданні медичної допомоги, зворотної вимоги стягнення у розмірі виплаченого відшкодування з працівника цієї установи- конкретного заподіювача шкоди [191, с. 267–276; 205, с. 481].

Як зазначають дослідники з США, щодо медичної недбалості пролунали такі основні ідеї: по-перше, медичні травми спричиняють більше смертей, ніж усі інші види нещасних випадків разом узятих, а

більше чверті з них були спричинені неналежним доглядом; по-друге, переважна більшість людей, які постраждали внаслідок неякісного догляду, не подають позови до суду. Питання щодо того, чи мала місце недбалість чи медична травма вирішувалося остаточно у відношенні до результату позовів [225].

Зазначене зумовлює істотні побоювання щодо ефективності розгляду так званих медичних справ судами. Водночас, як показують дослідження, криза через величезну кількість судових процесів щодо медичної недбалості – міф (і це продемонстровано на прикладах української судової практики у підрозділах 3.2-3.3 цієї роботи).

Варто враховувати особливості позасудового розгляду та врегулювання медичних спорів в державах, в яких функціонує система страхових внесків та страхування пацієнтів, але для лікарів участь в судових справах про недбалість несуть, крім всього іншого, значні репутаційні ризики та підбивають довіру до їхнього авторитету. В правових системах, в яких розповсюджені судові процеси з груповими позовами, традиційно звертають з багатотисячними вимогами сплати моральної шкоди, лікарі бояться суду і не можуть дозволити собі продовжувати медичну практику. Як зазначає один з авторитетних фахівців в сфері страхового та медичного права, «пацієнти-жертви, які не заслуговують на це, одразу подають до суду, підбурювані жадібними адвокатами, і отримують карколомні винагороди, які страхові компанії, лікарні та самі лікарі не можуть виплатити. Позивачі та адвокати завжди виграють; лікарі, і несудові, завжди програють; і доступна медицина є справжньою жертвою» [225].

Деякі автори обґрунтовують варіанти реформування системи боротьби з медичними зловживаннями як обмеження традиційних реформ відшкодування шкоди й обмеження розміру відшкодування завданих збитків, а також гонорарів адвокатів і скорочення строків позовної давності; корисними було реформу і встановлення відповідальності

підприємств або адміністративної компенсації пацієнту, що постраждав [253].

Варто зауважити, що в українських реаліях, як зазначають науковці, переважна більшість позовів, що пред'являються пацієнтами до закладів охорони здоров'я є позовами про відшкодування матеріальної та моральної шкоди, завданої ушкодженням здоров'я, спричиненого медичною допомогою неналежної якості, що регулюється положеннями глави 82 ЦК України. Обов'язковою умовою такої відповідальності є причинний зв'язок між протиправною поведінкою і заподіяною шкодою. Наприклад, якщо шкода не є наслідком протиправної поведінки заподіювача шкоди, а сталася з інших причин (через недотримання пацієнтом медичних рекомендацій чи внаслідок індивідуальних особливостей організму пацієнта), у заподіювача шкоди не виникатиме обов'язку відшкодувати шкоду [23]. Для ілюстрації зазначеного твердження ми наведемо кілька прикладів відповідної судової практики у підрозділі 3.2 роботи.

Як зауважують в літературі [226], у Сполучених Штатах позови про медичну недбалість набули поширення у 1800-х років, однак до 1960-х років судові позови щодо медичної помилки були рідкістю і мало впливали на практику. Починаючи з 1960-х років частота позовів про медичну помилку (*medical malpractice*) зросла; і сьогодні судові позови, подані постраждалими пацієнтами, які стверджують про недбалість лікаря, відносно поширені в Сполучених Штатах. Як зазначють автори цього дослідження, опитування хірургів-спеціалістів ендопротезування показало, що понад 70% респондентів принаймні один раз були притягнені до суду за медичну помилку протягом своєї кар'єри.

Привертають увагу дослідження, в яких аналіз конкретних показників об'єктивно зумовлює висновки на користь позасудових способів врегулювання медичних спорів як більш ефективних: в своїй роботі автори дослідили випадкову вибірку з майже півтори тисячі позовів

про медичну недбалість (medical injury) від п'яти страхових компаній, щоб визначити, чи була заподіяна медична шкода, і, якщо так, чи була вона спричинена медичною помилкою. В роботі було проаналізовано поширеність, характеристики, результати судових розглядів і витрати особливо в тих випадках, коли у сторін бракує доказів наявності медичної помилки [232].

Варто відмітити, що тільки у 3 відсотках позовів не було підтверджено заподіяння медичної шкоди, а в 37 відсотках не було медичних помилок; водночас, більшість позовів, які не були пов'язані з помилками або шкодою, не тягнули за собою присудження відповідної компенсації, як, наприклад, більшість з тих, в яких шкоду було заподіяно через помилку [232].

Цілком погоджуємося з авторами в тому, що позови, у яких відсутні докази медичної помилки, не є рідкістю, але у більшості з них суди відмовляють у компенсації; водночас, важливим є те, що переважна більшість витрат йде на судові процеси щодо медичних помилок та їх виплату, а витрати, пов'язані з судовими процесами щодо медичної недбалості, є непомірними.

Як, було зазначено у розділі 2.1 даного дослідження, в процесі отримання медичної допомоги (або за її результатами) різні категорії пацієнтів пред'являють до лікарів та медичних закладів різного роду претензії, які породжують конфліктні ситуації та так звані «медичні» спори.

Не можна оцінювати позасудове врегулювання спорів тільки з позитивного боку, адже певні негативні аспекти також характерні для альтернативних способів врегулювання спорів.

Варто також погодитись, що досудове врегулювання спорів – комплексне поняття, яке включає різні способи, зокрема серед різних способів ADR, що використовуються в медичних спорах такі як управління ризиками (Risk management), тобто відділи або спеціалісти, що

створюються (призначаються) лікарнями для моніторингу та підвищення якості медичної допомоги, щоб уникнути виникаючих конфліктів або оперативного виявлення травм, що сталися [252].

Переговори є найбільш неформальною формою ADR [252], особливо в поєднанні з програмами раннього розкриття інформації та вибачень (наприклад, законодавство «Вибачте»), яке дозволяє лікарям приносити конфіденційні та неприйнятні вибачення, що може полегшити вирішення спорів [252], головним чином за рахунок зменшення витрат.

Арбітраж, де сторони погоджуються використовувати арбітра, приватну особу, і яка є більш формальною та обов'язковою стороною. Однією з популярних форм є арбітражна угода перед лікуванням [240; 252]. Пропонувалося навіть створити постійно діючі спеціалізовані арбітражні суди для вирішення спорів про медичну недбалість.

Медіація як спосіб полегшення розуміння сторонами суті спору та пошуку оптимального рішення, яка не потребує застосування норм права. Медіатором може бути адвокат або суддя у відставці, але найбільш успішними є учасники інституціолізованих програм медіації.

Комісії з перевірки спеціальних судових процедур у справах про зловживання службовим становищем, які зазвичай називають «комісіями досудового скринінгу», вимагають, щоб позивач подавав свої вимоги до спеціальної колегії, до якої входять лікар, адвокат та непрофесіонал. Рання нейтральна оцінка, як програма, спонсорована судом, досвідченим нейтральним адвокатом, є основою коротких презентацій сторін. Іншим терміном, що використовується для цієї форми ADR, є «досудові перевірки», який дозволяє оцінити відносні сильні сторони справи перед тим, як перейти до суду [245; 252].

Арбітраж, призначений судом, – це процес спрямування до необов'язкового арбітражного процесу після завершення призначеного періоду відкриття [245].

В українській науці також лунають думки щодо можливості запровадження третейського розгляду справ щодо надання неякісних медичних послуг, зокрема, на підставі статистичних даних, що свідчать про тривалі строки розгляду даної категорії справ у судах загальної юрисдикції, про значні матеріальні та моральні витрати, обумовлені тривалим протистоянням сторін, поширенням необ'єктивної, суперечливої інформації, що не відповідають інтересам ні однієї зі сторін [94]. З урахуванням цього на посаді судді третейського суду з вирішення «лікарських справ» в ідеалі має бути фахівець з медичного права (особа, що має юридичну та медичну підготовку, а також спеціалізується на даній категорії справ). Правильний вибір третейського судді (складу суду) дозволяє істотно заощадити на провадженні медичних експертиз та залученні до процесу лікарів-фахівців для надання роз'яснень, консультацій, скоротити строки підготовки справи до розгляду для ефективного вирішення завдань, які постають перед судом (суддею), необхідно добре орієнтуватися у специфіці медичної діяльності.

Як зауважує науковець, для вирішення цієї проблеми необхідно, щоб, з одного боку, для пацієнта (споживача) постійно діючий третейський суд із вирішення «лікарських справ» був незалежним та авторитетним, здатним вирішити справу об'єктивно (мати свою історію, репутацію), з іншого боку – послугодавець повинен зуміти переконати пацієнта в перевагах третейського розгляду. Розв'язання цієї проблеми – це основа для подальшого діалогу сторін, спору та можливості завершення справи укладенням мирової угоди, як зазначено у дослідженні.

Варто погодитись з науковцями, які вважають перевагою використання медіації її превентивну функція, що полягає у своєчасному реагуванні на конфлікт та спробою знайти компроміс, за рахунок інтересів обох сторін, що дозволить зберегти відносини між закладом та пацієнтом [240]. Водночас, серйозним поштовхом на шляху до впровадження медіації в медичних спорах в Україні повинно стати

запровадження законодавчого регулювання цього способу вирішення спорів [91; 196]. Враховуючи специфіку медичних спорів, розвиток медіації в медичних спорах, повинен активізуватися, в зв'язку з прийняттям Закону України «Про медіацію» [147].

Аналізуючи досвід інших країн, варто підкреслити певні елементи такої системи risk management та врегулювання спорів. Як зазначають науковці в своєму дослідженні, проведеному у Великобританії, організації охорони здоров'я отримують величезну кількість скарг, і скарги зосереджені на різних проблемах – від паркування автомобіля до помилок у призначенні лікарів, описують різні типи шкоди (наприклад, фізичної, моральної), а також мають різні юридичні наслідки, зокрема, наслідки зловживання службовим становищем; на меті скаржники мають різні цілі (наприклад, вирішення емоційної незадоволеності, зміни, запобігання майбутнім проблемам тощо) [221; 233; 239]. Відповідно виникає питання щодо ймовірності та способів, які можуть застосовуватися до врегулювання окремих видів таких спорів, зокрема, в даному дослідженні, за допомогою синтезу даних авторами було розроблено таксономію для керівництва та стандартизації в майбутньому аналізу скарг пацієнтів з метою підтримки досліджень і практики аналізу та використання інформації, наведеної в листах скарг пацієнтів [250].

В дослідженні про вплив судових процесів щодо службової недбалості (medical malpractice) на стосунки між лікарем і пацієнтом, що було проведено в США, було опитано більше ніж шістьсот докторів. Різні форми та інструменти опитування дали можливість отримати інформацію щодо змін у практиці лікарів, у ставленні до пацієнтів та інших лікарів, а також змін у фізичному та емоційному самопочутті в результаті судового розгляду або його загрози. Усі респонденти вважали покращення комунікації між лікарем і пацієнтом найефективнішим методом запобігання претензіям щодо недбалості. Неформальні, альтернативні механізми вирішення спорів у лікарнях і клініках, а також удосконалення

експертної оцінки можуть зменшити кількість судових процесів та їх шкідливі наслідки [220].

В практиці українських судів також зустрічаються так звані «медичні справи», але здебільшого вони не називаються справами про медичну халатність або недбалість як це характерно для зарубіжної літератури, хоча йдеться здебільшого саме про відшкодування шкоди, завданої діями медичного працівника, а також про спори між пацієнтами та медичними працівниками та/або медичними установами щодо неналежного надання медичної допомоги. Як правильно зазначають в літературі, більшості судових справ, в основі яких лежать медичні аспекти, передують спроби урегулювати конфлікти у досудовому порядку і ці способи правильно вважать доцільним як для пацієнтів, так і для лікарів (а також медичних установ, у яких вони працюють) з огляду на такі позитивні аспекти: не потребують спеціальних правових знань з боку пацієнта; пропонують швидке досягнення результату; немає потреби в складанні позовної заяви з викладенням обставин конфлікту та своїх вимог; немає потреби самостійно чи через представника обстоювати свої інтереси у суді [211].

Цікаво, що в зазначеній роботі науковець відносить до конкретних варіантів досудового способу захисту прав пацієнтів звернення до керівника медичної установи, у якій пацієнту надавалась медична допомога (усне чи письмове); звернення до територіального органу управління охороною здоров'я; допомога незалежних громадських об'єднань та професійних медичних асоціацій; звернення до органів прокуратури. Варто зауважити, що серед різних форм захисту прав є самозахист, а також звернення до адміністративних органів [174; 192].

Водночас, варто зауважити, що в Україні досі не розвинений інститут risk management та crisis management [44; 172], які є дуже поширеними в інших країнах [229]. Зокрема, у дослідженні досвіду системи кризового управління конфліктами Австралії підкреслюється [260], що в країні один з органів держави відповідає за

управління якістю, його метою є перевірка якості обслуговування медичних установ; водночас, поряд з цим в країні існує багато неурядових організацій або асоціацій, які є громадськими організаціями, діяльність яких спрямована на впровадження управління медичними ризиками, допомога у вирішенні медичних спорів. В Австралії кожен лікар придбає професійну страховку, якщо сума компенсації, присуджена судом через медичні спори, перевищує 1 мільйон австралійських доларів, надлишок оплачує уряд країни, тобто в країні функціонує професійне страхування та державна система компенсації шкоди в медичних спорах.

Досвід Австралії в дослідженні порівнювався з досвідом Китаю, який в багатьох аспектах є схожим на український досвід. Зокрема, з початку 21 століття кількість медичних спорів у Китаї стрімко зростає через протиріччя між попитом і пропозицією медичних послуг, а також через підвищення обізнаності пацієнтів щодо захисту своїх прав і недосконалість правової системи, з'явилися навіть «спекулятори медичних спорів», про яких зазначають автори дослідження.

Згідно зі статтею 46 Закону Китаю про розгляд медичної недбалості, коли виникають спори щодо цивільної відповідальності за заподіяну шкоду медичним працівником, існує три способи їх вирішення: по-перше, консультації між лікарями та пацієнтами; по-друге, сторони звертаються за посередництвом до адміністративного відділу охорони здоров'я; по-третє, безпосередньо подають цивільний позов до суду [257].

Дослідники вбачають причини поганого управління в складній та неузгодженій політиці та правилах, які, наприклад, передбачають положення, що медичні установи не несуть відповідальності за завдану шкоду, якщо вони не належать до медичної помилки, тоді як загальні принципи цивільного права передбачають, що громадяни та юридичні особи несуть цивільну відповідальність, якщо вони з їх вини заподіюють шкоду. Варто також звернути увагу на медичні витрати і відсутність медичного страхування (близько 300 млн осіб).

Водночас, пропозиції, які зробили дослідники, варті уваги: зокрема, необхідність залучення сторонніх установ для нагляду та посередництва (медіації в медичних спорах) за прикладом Австралії. Участь третіх сторін є більш нейтральними, ніж адміністративних органів, і більш авторитетним, ніж двосторонні переговори між сторонами спору. Погоджуємося, що вирішення медичних спорів шляхом судового розгляду не тільки потребує багато судових ресурсів, але також має високу вартість, складну процедуру та сильний антагонізм, тому один із ефективних способів пом'якшити протиріччя між лікарями та пацієнтами та вирішити медичні спори через медіацію.

Медіація є одним з найбільш поширених способів альтернативного врегулювання спорів [10; 207]. В медичних спорах вона може виявитися надзвичайно дієвим способом врегулювання спору між сторонами [24; 43; 45; 159; 171; 172]. Зокрема, науковці відмічають, що адаптуючи до медичних правовідносин, можна вважати, що медіація в медичних спорах – це альтернативний спосіб вирішення спорів, за допомогою якого існує можливість врегулювати спірні питання між пацієнтами, які незадоволені якістю медичних послуг, та медичними установами (або безпосередньо лікарями) за участі посередника, який виступає незалежною та неупередженою особою [172].

Науковці справедливо вказують, що процес медіації в сфері охорони здоров'я має низку особливостей серед яких, зокрема, знання психологічних особливостей пацієнтів із певними нозологіями, особливості перебігу певних видів захворювання, правила ведення первинної медичної документації та дотримання професійної деонтології [33; 159]. Ознаки конфлікту в сфері медицини мають специфічну форму вираження, зокрема: спроби обмеження дій опонента; зростаючий негативізм хворого стикається з ігноруванням його думки лікарем; нанесення моральної шкоди лікарем (грубе поводження) посилюється пошуками завданої шкоди з боку пацієнта, що нерідко є

абсолютно суб'єктивним і зумовлено відповідним психоемоційним станом; у спілкуванні переважають негативні емоції з формуванням «образу ворога»; усі ресурси мобілізуються для перемоги над опонентом, а не над недугою, тому одним із найважливіших заходів профілактики конфлікту є спілкування у дусі співпраці, незважаючи на перешкоди цьому [33].

Підсумовуючи, варто зазначити, що досудовий спосіб врегулювання спору для захисту порушених прав не є обов'язковим у правовідносинах між сторонами, однак застосування альтернативних способів врегулювання саме медичних спорів є визнаним та корисним інструментом, який забезпечує досягнення бажаного результату сторонами.

Серед основних приватних способів (форм, методів) ADR, які варто широко запроваджувати та застосовувати в Україні, можна виділити: а) управління ризиками (Risk management); б) переговори (як найбільш неформальна форма ABC), в) медіація, г) третейський розгляд (арбітраж); д) досудове вирішення комісією щодо оцінки шкоди, заподіяної здоров'ю пацієнтів.

Альтернативні механізми вирішення медичних спорів, а також удосконалення експертної оцінки, можуть зменшити кількість судових процесів, тим самим розвантаживши судову систему та прискоривши процес розгляду конкретних спорів.

Вважаємо, що медіація є оптимальною та найбільш дієвою формою ADR у даній категорії справ, адже це альтернативний спосіб вирішення спорів між пацієнтами та закладами охорони здоров'я (або безпосередньо лікарями) за участі медіатора з дотриманням принципів добровільності, конфіденційності та незалежності й неупередженості медіатора. При цьому, у порівнянні з судовою формою захисту, медіація забезпечує не тільки пришвидшений спосіб вирішення конфліктної ситуації, а й

забезпечує збереження балансу інтересів сторін та надає можливість оперативно отримати бажаний результат.

### **3.2. Особливості судового розгляду справ про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником**

У судовій практиці розгляд так званих «медичних справ», тобто справ за участі медичних працівників та медичних помилок, передусім виникає проблема належного визначення виду цивільно-правової відповідальності відповідача – договірна чи деліктна [35]. Відповідно від цього визначення істотно залежать особливості судового розгляду справ: коло учасників, що залучаються до розгляду, позовні вимоги, предмет доказування та докази у справі тощо.

Як показує наше дослідження, а також підкреслюється в літературі [26; 60–62; 106; 136; 181; 190; 211], питома вага справ про відшкодування шкоди (на підставі деліктної відповідальності медичного працівника) переважає, оскільки, як правило, надання медичної допомоги, особливо в закладах державної і комунальної форм власності, не обумовлюється договорами між пацієнтом та закладом [104]. Внаслідок цього, наявність договору між сторонами та шкоди й відповідно відповідальності за заподіяну шкоду в одній справі приводить до певної плутанини і судових помилок, пов'язаних із одночасним застосуванням підстав договірної та позадоговірної відповідальності.

Згідно статті 3 Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину від 04 квітня 1997 року № 994\_559, сторони, враховуючи медичні потреби та наявні ресурси, вживають відповідних заходів для забезпечення в межах їхньої юрисдикції рівноправного доступу до медичної допомоги належної якості [69].

Забезпечення прав пацієнтів на належну медичну допомогу є на думку Л. Я. Свистун, є базовою антропогенною потребою людини [179]. Навряд чи сьогодні можна зустріти особу, яка жодного разу за своє життя не зверталася до лікаря, тому гарантії захисту права на належну якість наданих медичних послуг, а також відшкодування шкоди, якщо вона буде завдана в ході їх надання медичним працівником, має важливе значення [234].

Як зазначає І. В. Горіславська, на сьогоднішній день при проведенні медичної реформи вивчається питання «співіснування» договірної та деліктної відповідальності медичних працівників. Якщо в наслідок ненадання чи неналежного надання медичної допомоги пацієнтові не завдано шкоду каліцтвом, іншим ушкодженням здоров'я або смертю, то застосовується договірна відповідальність [35]. Якщо розглядати право, яке може бути порушене, то першочергово це право надане конституцією України, а саме право на життя та здоров'я особи. Зазвичай, його відносять до особистих немайнових [194].

Особливість судового розгляду справ про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником характеризується наявністю специфічних сторін, а саме пацієнтом та медичним працівником. І. Сенюта зазначає, що в Україні немає офіційної статистики щодо заподіяння лікарями шкоди хворим. Натомість, для прикладу, у Великобританії, згідно з даними МОЗ, така цифра сягає 10 % від загальної кількості пацієнтів. Це приблизно 850 тис. випадків на рік [181].

Деякі аспекти відшкодування шкоди, завданої медичними працівником в наслідок невдалого медичного втручання досліджували вітчизняні науковці: О. С. Щукін, О. С. Грабар, Горіславська І. В., Булеца С. Б. [217; 38; 36; 13].

Окрім того, з точки зору судової практики, правовідносини між медичним працівником та пацієнтом, розглядаються крізь призму взаємовідносин споживача та надавача послуги, а тому регулюються, в

тому числі, згідно Закону України «Про захист прав споживачів» [145]. Таким чином, на надання медичних послуг розповсюджуються положення згаданого закону щодо надання послуг неналежної якості. В літературі підкреслюється, що подальше реформування ринку медичних послуг, створення послуг належної якості та доступності, буде сприяти подальшому розвитку та інтеграції українського ринку медичних послуг до світового [27]. Н. Жеворонко зазначає, що медичні заклади встановлюють власні системи контролю оцінки якості медичної послуги [54]. О. Мудрик та П. Давидов, визначають дефект надання медичної послуги, як неналежне здійснення діагностики, лікування хворого, організацію медичної допомоги, яке призвело або могло призвести до несприятливих наслідків після медичного втручання [97]. Г. Б. Машлій, Г. В. Чепіль, М. В. Бачинський зазначають, що для оцінки контролю якості надання послуги можуть використовуватися різні методи, зокрема: методи самооцінки медичних працівників, клінічного аудиту, експертної оцінки, атестації/сертифікації згідно із вимогами вітчизняного законодавства та ЄС, моніторингу системи індикаторів якості [90].

Тобто, дану категорію спорів можливо розглядати за двома горизонталями: пацієнт – медичний працівник або споживач та той, хто надає послугу. В цих двох випадках, підхід до судового захисту може бути різним. З точки зору захисту по горизонталі пацієнт – медичний працівник можливо вказати наступне.

Як вже зазначалось право кожного на належний рівень життя, здоров'я та добробуту його самого та його сім'ї, включаючи медичну допомогу, закріплено в Загальній декларації прав людини та є одним із основних охоронюваних прав людини [56; 158]. В цьому контексті А. В. Левенець та О. В. Лотиш зазначають, що право на охорону здоров'я та право на медичне обслуговування закріплюється у статті 25 Загальної декларації з прав людини, одному із перших актів, в якому знайшли відображення права на медичну допомогу людини [80].

При розгляді зазначеної категорії справ суди застосовують Конвенцією про захист прав та основоположних свобод та практику ЄСПЛ [70]. В. К. Антошкіна зазначила, що стаття 6 Конвенції містить вимогу щодо забезпечення державами - учасниками на своїй території права кожного на публічний розгляд його справи судом, а також вимогу обов'язковості публічного проголошення судового рішення та умови обмеження цього права [6].

Як вже згадувалось суд в процесі розгляду справ про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником встановлює наявність відповідних умов для настання цивільної відповідальності. На підтвердження цієї тези можна послатися на працю І. В. Горіславської, яка зазначає, що судова практика виходить з того, що деліктні правовідносини передбачають обов'язок позивача довести наявність усіх елементів такої відповідальності [35].

На підтвердження зазначеного наводимо короткий аналіз судової практики. Так, у справі № 606/2209/17, позивачу було відмовлено у задоволенні позову стосовно відшкодування моральної шкоди внаслідок ушкодження здоров'я, оскільки ним на думку суду не було доведено вину медичного закладу та як наслідок підстави для відшкодування моральної шкоди внаслідок ушкодження здоров'я - відсутні [170]. А у справі № 702/162/21, позовні вимоги про порушення прав пацієнта, відшкодування матеріальних збитків та моральної шкоди були задоволені частково. Позивачем було доведено витрачені кошти за проведення оперативного втручання кесарів розтин: надано копію накладної № К-25 за набір кесарів розтин та перелік препаратів, які входять в набір кесарів розтин, відповідно до якого нею було сплачено 4208,10 грн., копію квитанції до прибуткового касового ордеру № 2193 від 19.06.2020, яка підтверджує оплату наркозу на суму - 531 грн. Інших доказів на підтвердження понесених витрат матеріали справи не містять [167].

Отже, особі гарантується право на звернення до суду за захистом свого особистого немайнового або майнового права та інтересу, а розгляд справ щодо захисту прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема і справ про відшкодування шкоди, відбувається за загальними правилами цивільного судочинства, що, відповідно, зумовлює наявність всіх звичайних проблем, пов'язаних зі надмірними строками розгляду цивільних справ, витратами та ін. Варто зауважити, що до досліджуваної нами категорії справ застосовуються загальні правила диференціації цивільного судочинства, тобто вона може розглядатися як в спрощеному, так і в загальному позовному провадженні, що визначає різні строки її розгляду [15; 48–50; 73; 86; 87].

Варто зазначити, що судами при вирішенні справ зазначеної категорії, суди іноді посиляються на положення різноманітних міжнародних документів [214], зокрема, на Декларацію про права пацієнтів, прийняту у Лісабоні на 34-й Всесвітній медичній асамблеї [81], в якій вперше було оформлено принципи та права пацієнтів, в основі яких лежить повага до людської гідності; самовизначення, психічна та фізична недоторканість; можливість захисту власного здоров'я (тобто можливість вчинення особою профілактичних заходів у сфері охорони здоров'я). Варто вказати, що саме в цій Декларації вперше з'явилось визначення поняття «пацієнта», що широко почало використовувати ВООЗ.

Згодом, у 2002 році у продовження регулювання прав пацієнтів у Римі була прийнята Європейська хартія прав пацієнтів, що задекларувала основні 14 прав пацієнтів: право на профілактичні заходи; право доступу до медицини; право на інформацію (що включає в собі можливість знати все про методи лікування, які можуть бути застосовані); право на згоду; право на вільний вибір; право на недоторканість та право на конференційну інформацію; право на повагу часу пацієнта; право на дотримання стандартів якості; право на безпеку; право на доступ до сучасних досягнень; право на уникнення невинуватих страждань та

болю; право на індивідуальне лікування; право подавати скаргу; право на компенсацію [53].

Повертаючись до особливостей вирішення згаданої категорії справ, слід зазначити, що для ефективного звернення за судовим захистом внаслідок спричинення шкоди пацієнту медичним працівником, першим мають бути зібрані всі достатні, належні та допустимі докази. Так, в рішенні Держинського районного суду м. Кривого Рогу Дніпропетровської області було відмовлено позивачу у задоволенні позову про скасування наказу про накладення дисциплінарного стягнення, у зв'язку недоведеністю протиправності наказу «Про накладення дисциплінарного стягнення». Окрім того, суд звернув увагу, на факт того, що Європейський суд з прав людини вказав, що згідно з його усталеною практикою, яка відображає принцип, пов'язаний з належним здійсненням правосуддя, у рішеннях судів та інших органів з вирішення спорів мають бути належним чином зазначені підстави, на яких вони ґрунтуються [163].

Позовна заява стосовно відшкодування моральної та матеріальної шкоди через надання неналежної якості медичної послуги, пред'являється до суду за зареєстрованим місцем проживання чи перебування особи, якій заподіяно шкоду або за місцем заподіяння шкоди, тобто самим медичним закладом, або кабінетом медичного працівника, у випадку надання послуги само зайнятою особою [82].

Аналіз національної судової практики показав певні особливості розгляду справ про відшкодування шкоди, завданої медичними працівниками на підставі договору про надання медичних послуг, стороною якого юридичні особи різних форм власності, а також справ про відшкодування шкоди, завданої медичними працівниками на підставі надання ними обов'язкової медичної допомоги особам.

Зокрема, в проаналізованих нижче прикладах з національної судової практики добре видно, як у зазначених двох категоріях справ застосовуються різні способи захисту порушених прав пацієнта. Так у

справі № 134/845/18 позивач звернувся до суду з позовом до Товариства з обмеженою відповідальністю «Медичний центр «Добробут-Поліклініка» про визнання окремих пунктів договору про надання медичних послуг недійсними, стягнення коштів та відшкодування шкоди [128]. Позовні вимоги обґрунтовано тим, що 11 січня 2015 року між позивачем та ТОВ «Медичний центр «Добробут-Поліклініка» був укладений договір здоров'я про надання медичних послуг за програмою «Амбулаторний нагляд за вагітністю». 13 травня 2015 року була укладена Додаткова угода, якою сторони досягли згоди достроково припинити дію договору та вважати договір здоров'я від 11 січня 2015 року розірваним з 13 травня 2015 року. Додатковою угодою до договору термін дії програми визначений в 10 календарних місяців від моменту підписання договору здоров'я до листопада 2015 року. Тому на час дострокового припинення дії договору послуги, що входять у вартість програми, були надані не в повному обсязі. При цьому вартість програми оплачена своєчасно та повністю. За рішенням суду першої інстанції від 25 квітня 2019 року, ці пункти було визнано недійсними у зв'язку з їх несправедливістю п.4.4. Договору здоров'я від 11 січня 2015 року МП 9507 в частині розрахунків за неотриманні послуги та п. 8.6 зазначеного договору в частині порядку розрахунків та вимоги надання чеку або квитанції на підтвердження оплати послуг. Відповідача ТОВ «Медичний центр «Добробут-Поліклініка» за зазначеним рішенням було зобов'язано повернути на користь позивача грошові кошти за ненаданні послуги з урахуванням 3% річних та індексу інфляції за весь час прострочення в сумі 3027 гривень 33 копійки, а також відшкодувати моральну шкоду, заподіяну позивачеві внаслідок безпідставного неповернення грошових коштів та застосування до нього несправедливих умов договору в сумі 3500 гривень 00 копійок, стягнуто на користь держави судовий збір в розмірі 1921 гривні 00 копійок. Водночас постановою апеляційного суду від 06 травня 2020 року,

зазначене рішення було скасовано та ухвалено нове, яким у позові було повністю відмовлено [128].

Показовим є приклад звернення позивача саме до медичного закладу як відповідача може слугувати наступне [169]. Позивач просила зобов'язати Державний заклад «Республіканська клінічна лікарня Міністерства охорони здоров'я» спростувати поширену черговим лікарем закладу ОСОБА\_4 недостовірну інформацію про те, що пацієнтка ОСОБА\_1 має супутню патологію «Шизофренія», шляхом повідомлення про це в телефонному режимі відповідальному черговому відділу обліку вільних ліжок і госпіталізації Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Києва, а також стягнути з відповідачів по 1500 грн., з кожного, на відшкодування моральної шкоди, що заподіяна внаслідок поширення цієї інформації. Позов мотивований тим, що спірна інформація є неправдивою і такою, що принижує честь, гідність і ділову репутацію позивача. Судом при постановленні рішення про задоволення позову було зазначено наступне. Відповідно до ст. 277 ЦК України, фізична особа, особисті немайнові права якої порушено внаслідок поширення про неї недостовірної інформації, має право, зокрема, на спростування цієї інформації. Спростування недостовірної інформації здійснюється особою, яка поширила інформацію. Спростування недостовірної інформації здійснюється у спосіб наближений до того, у який вона була поширена. Тому вимоги позивача щодо зобов'язання відповідача спростувати недостовірну інформацію шляхом надіслання до Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Києва листа з відповідним спростуванням ґрунтуються на положеннях закону. Разом з тим, суд вважає за необхідне зобов'язати цього відповідача разом із спростування направити копію рішення, як підставу для спростування [169].

Цивільним кодексом України визначено, право на відшкодування шкоди, спричиненої порушенням прав особи. Щодо моральної шкоди

встановлено, що остання може полягати у приниженні честі та гідності фізичної особи, а також ділової репутації фізичної або юридичної особи. В літературі приниження честі і гідності розглядають як моральне ставлення людини до себе, що виявляється в усвідомленні нею своєї самоцінності й моральної рівності з іншими людьми; ставлення до людини і інших людей, в якому визнається її безумовна цінність [197, с. 94–95]. М. В. Парасюк зазначає, що гідність і честь не є тотожними поняттями, гідність кожний індивід отримує від народження, а честь треба заслужити в процесі своєї діяльності [107]. М. М. Пендюра зазначає, що людська гідність, а точніше – повага до людської гідності, – є власне тією основоположною засадою, на якій має ґрунтуватись правова система будь-якої держави в цілому [110]. Натомість, В. І. Васильків стверджує, що поняття «честь» та «гідність» фізичної особи законодавчо не визначено, оскільки дані категорії, в першу чергу, морально-етичними, ніж правовими, але не зважаючи на це, їх порушення мають юридичні наслідки, які, зокрема, полягають у відшкодуванні моральної шкоди [19]. Варто зазначити, що Верховним Судом України у Постанові Верховного Суду України від 27.02.2009 № 1 «Про судову практику у справах про захист гідності та честі фізичної особи, а також ділової репутації фізичної та юридичної особи» зазначається, що під гідністю слід розуміти визнання цінності кожної фізичної особи як унікальної біопсихосоціальної цінності, з честю пов'язується позитивна соціальна оцінка особи в очах оточуючих, яка ґрунтується на відповідності її діянь (поведінки) загальноприйнятим уявленням про добро і зло [156].

Н. Шукліна та О. Совгіря під гідністю людини розуміють сукупність особистих прав і свобод, реалізація яких дозволяє кожній людині стати бути і залишатися особистістю [188].

Вочевидь, що поширення відносно позивача недостовірної інформації, мало наслідком відповідне неадекватне відношення до неї медичного, обслуговуючого персоналу швидкої допомоги, та медичного

закладу до якого була переведена хвора, що було для хворої принизливим і призвело до моральних страждань, що виражались в образі, страху щодо дійсного стану здоров'я, обмежень у праві вибору лікувального закладу, та згоди на лікування.

Відповідно до ч.1 ст. 1167 ЦК України моральна шкода, завдана фізичній або юридичній особі неправомірними рішеннями, діями чи бездіяльністю, відшкодовується особою, яка її завдала, за наявності її вини.

На думку О. Л. Самофалова, Ю. Л. Сергієнко, для визначення поняття моральної шкоди, яка заподіяна фізичній особі, існують три підходи: першому властиве встановлення факту моральних, психічних або фізичних страждань; другому недостатньо встановлення цих страждань, а необхідним є наявність втрат немайнового характеру або негативних наслідків морального чи іншого немайнового характеру, які виникли внаслідок моральних, психічних або фізичних страждань; третьому підходу треба доведення приниження честі, гідності й ділової репутації або моральних переживань у зв'язку з ушкодженням здоров'я, а також унаслідок порушення немайнових прав [177, с. 82]. В. Васильєва вважає, що законодавець утримується від визначення поняття «моральна (немайнова) шкода», оскільки таке визначення, щоб охопити всі суттєві ознаки поняття, було б доволі громіздким: усі випадки неправомірних дій, якими може бути заподіяна моральна (немайнова) шкода, неможливо передбачити, до того ж моральна (немайнова) шкода може бути завдана й іншими діями, якими порушуються майнові й особисті немайнові права особи [18, с. 12]. Натомість О. Отрадна запропонувала визначати моральну шкоду як негативний наслідок для внутрішньої, психічної сфери людини, її відчуттів, самопочуття, ментального здоров'я, що полягають у відсутності емоційного благополуччя та/або наявності психічного розладу [105, с. 21].

Отже, позивач вправі вимагати відшкодувати їй моральну шкоду, що заподіяні поширенням недостовірної інформації [169].

В іншій справі позивач звертався до Комунального підприємства «Білозерська центральна районна лікарня», треті особи, які не заявляють самостійних вимог щодо предмета спору виступали: Департамент охорони здоров'я Херсонської обласної державної адміністрації, про відшкодування матеріальної та моральної шкоди, завданої медичними працівниками під час виконання своїх трудових обов'язків. Під час перегляду рішення суду першої інстанції судом апеляційної інстанції було задоволено, з Комунального підприємства «Білозерська центральна районна лікарня» на користь позивача в рахунок відшкодування матеріальної шкоди було присуджено 488 520 грн 37 коп. (чотириста вісімдесят вісім тисяч п'ятсот двадцять гривень тридцять сім копійок) в рахунок відшкодування моральної шкоди 200 000 грн (двісті тисяч гривень), а також судові витрати пов'язані з проведенням судової експертизи в сумі 12 363 грн (дванадцять тисяч триста шістьдесят три гривні) [131].

Як вже згадувалось раніше основною підставою деліктної відповідальності є діяння медичного працівника, яке містить у собі склад цивільно-правового правопорушення. Виходячи з цього суди при розгляді справ про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником в наслідок делікту перевіряють та оцінюють наявність чотирьох елементів, необхідних для застосування відповідальності. В літературі до таких умов відносять: факт протиправної поведінки; наявність завданої шкоди; наявність причинно-наслідкового зв'язку між діянням та шкодою, яку воно викликало; наявність вини [8]. В свою чергу А. А. Герц зазначає, що у цивільному праві пріоритетне значення мають лише об'єктивна та суб'єктивна сторона правопорушення, натомість об'єкт і суб'єкт правопорушення тлумачіться однозначно [31, с. 39]. Щодо питання про відшкодування поряд з майновою, також і моральної шкоди, то суди звертають увагу на несприятливі для пацієнта або його близьких наслідки

завдання шкоди. В. В. Кушнір, Н. В. Коробцова вказують на те, що у пацієнта моральна шкода може виражатися у душевних стражданнях спричинених ушкодженням здоров'я, каліцтвом, зміною усталеного способу життя. Близьким особам пацієнта шкода може бути завдана смертю цієї особи [79, с. 44].

При задоволенні позовних вимог суди також враховують наявність або відсутність договору про надання медичних послуг, а також загальну мету застосування інституту деліктної відповідальності. В цьому контексті С. Б. Булеца вказує, що при договірній відповідальності порушуються умови договору, при позадоговірній між порушником та потерпілим перед виникнення порушення існували абсолютні правовідносини [12, с. 37]. В той час, як І. В. Горіславська описує задачі деліктного права, як надання допомоги потерпілим сторонам за шкоду, заподіяну іншим, накладання відповідальності на осіб, відповідальних за шкоду, а також для утримання інших від вчинення шкідливих дій [34, с. 96].

Відтак, підставою звернення до суду було те, що на думку позивача його матір ОСОБА\_2 було насильно, проти її волі, поміщено до медичних закладів, де проти її волі та без наданої на те згоди її родичів проводилося медикаментозне лікування, внаслідок якого її здоров'я погіршилося і вона померла. Працівниками ОКТМО «Фтизіатрія» м. Ужгорода було підроблено підпис пацієнтки ОСОБИ\_2 з метою приховання факту утримання в медичному закладі проти її волі. Факт відмови ОСОБИ\_2 приймати протитуберкульозні препарати зафіксовано у медичній документації. Окрім того, заявник стверджує, що його матері працівниками медичних установ було нанесено тілесні ушкодження, відібрано особисті речі. ОСОБА\_2 незаконно було обмежено у спілкуванні із її родичами. Позивач також посилається на фальшування медичних діагнозів туберкульозу легень та психіатричного діагнозу - судинна деменція (слабоумство). Вважає, що вказані незаконні дії працівників медичних установ призвели до смерті матері позивача та привласнення

майна. Під час лікування, з 02 серпня 2011 року стан здоров'я ОСОБИ\_2 погіршився і її було направлено на консультацію лікарів центральної районної лікарні м. Хуст. ОСОБА\_2 померла в Обласній психіатричній лікарні с. Вільшани. ОСОБИ\_2 був встановлений паталогоанатомічний діагноз: основний - ішемічна хвороба серця. Гострий інфаркт міокарда нижньо-бокової стінки лівого шлуночка. набряк легень. Вісцеральне повнокров'я. Ускладнення основного - гостра серцево-судинна недостатність. Супутній - післязапальний легеневий фіброз після туберкульозу. Хронічний панкреатит. Судинна деменція - церебральний атеросклероз. Постановою СВ Хустського МВ УМВС України в Закарпатській області від 21 жовтня 2011 року відмовлено в порушенні кримінальної справи за фактом смерті ОСОБИ\_2, за відсутністю події злочину, передбаченого статтею 115 Кримінального кодексу України (умисне вбивство). Верховним Судом при дослідженні обставин справи. За основу постанови про відмову у задоволенні касаційної скарги було взято саме – постанову СВ Хустського МВ УМВС України в Закарпатській області, адже в постанові було вказано, що особа померла сама від ішемічної хвороби серця та причетності медичних працівників до вказаної події немає. Так, як до повноважень касаційного суду не входить перевірка правильності застосування норм матеріального та процесуального права (це повноваження апеляційного суду), саме дана постанова була і взята за основу [124].

Також хотілося б звернути увагу на такий приклад. Позивач звернулась до суду тому, що в приміщенні школи її дочці ОСОБИ\_2, фельдшером зроблено щеплення від поліомієліту. Одразу після щеплення дитина захворіла, їй встановили діагноз - гострий в'ялий параліч, що є побічною дією вакцини від поліомієліту і була зафіксована як несприятлива подія після імунізації. Службовою перевіркою, яка проведена 25 березня 2016 року комісією, створеною згідно з Наказом по управлінню охорони здоров'я Рівненської обласної державної

адміністрації від 16 березня 2016 року № 33, та медичними документами встановлені численні порушення відповідачами проведення процедури вакцинації. Посилаючись на те, що службовими особами відповідачів було порушено вимоги та процедуру проведення вакцинації, внаслідок чого настали тяжкі наслідки, вважала, що останні зобов'язані відшкодувати їй матеріальні збитки, понесені нею на лікування дитини, та моральну шкоду, яка спричинена діями відповідачів, внаслідок яких погіршився стан здоров'я дитини [125].

Як зазначав суд у рішенні реалізація права на здоров'я та послуги належної якості впливають із положень Конституції України та вищезазначеного закону України. Також законодавством встановлена відповідальність внаслідок порушення законодавства у сфері охорони здоров'я, а саме: цивільна, адміністративна та кримінальна.

Статтею 8 зазначеного Закону встановлено, що особи винні у порушенні законодавства у медичних правовідношеннях мають вжити всіх необхідних заходів для поновлення порушеного права. Можна даний аспект розглядати, як встановлення в законодавстві обов'язкового добровільного відшкодування шкоди.

Судом було зроблено до статті 12 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в якому зазначено механізм проведення профілактичних щеплень в тому числі і проти дифтерії, кашлюку, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу. Окрім того встановлено, що для кожної дитини існує певний календар щеплень і вони є обов'язковими [125].

Прийняття відповідного рішення про проведення обов'язкового профілактичного щеплення при епідемічних показаннях на відповідних територіях та об'єктах можуть прийматися: головним державним санітарним лікарем України, головним державним санітарним лікарем АРК, головним державним санітарним лікарем на відповідній області, міста Києва та Севастополя тощо.

Законодавством встановлюються відповідні кваліфікаційні вимоги до осіб, які роблять такі щеплення.

Верховним Судом було зазначено, що в даному випадку перед проведенням профілактичного щеплення, медична сестра мала ретельно оглянути дитину, дізнатися у батьків з приводу можливості проведення такого профілактичного щеплення. Можливої реакції організму на введення препарату вакцини. Адже законодавством встановлено, що батьки мають знати всю інформацію стосовно проведення медичного втручання, а вакцинація, в тому числі, є медичним втручанням, стосовно їх дитини.

Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» встановлена форма згоди батьків стосовно проведення медичного втручання щодо їх дитини. Так інформаційна згода має бути письмовою, та перед проведенням вакцинації в обов'язковому порядку має бути пред'явлення медичному працівнику, в даному випадку, медичній сестрі.

Окрім загальних норм, Верховний Суд наголосив, що окрім загальних положень, визначених Законом України, в Україні діє її Положення про організацію і проведення профілактичних щеплень, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 року № 595, в якому зазначено як власне і має відбуватися проведення щеплення стосовно осіб та на кого покладається відповідальність внаслідок негативних наслідків. В даному випадку відповідальність несе керівник закладу охорони здоров'я. Положення дублює норму законодавства стосовно обов'язковості домедичного огляду дитини.

У випадку настання негативних наслідків: набряків, запаморочення голови тощо, медичний працівник має повторно оглянути дитини та скласти встановлений законодавством медичний протокол.

Окремо наголошується про необхідність проведення таких оглядів у присутності батьків або законних представників дитини. Встановлено застереження щодо температурного режиму у кабінеті, де власне проводиться щеплення. А також наявності представника керівника закладу охорони здоров'я у випадку коли діти не досягли 14 річного віку.

Саме тому, що фактично медичним працівником було порушено встановлені законодавчі норми стосовно можливості проведення щеплення малолітній дитині, Верховний Суд скасував попередні постанови, а справу направив на новий розгляд до суду першої інстанції [125].

Враховуючи зазначене вище, можливо зробити наступні висновки.

В розділі 3.2 розглядалась специфіка розгляду судами спорів про відшкодування шкоди завданої медичним працівником та визначаються особливості розгляду даної категорії справ, які спричинені специфічними суб'єктами, об'єктом та предметом спору.

Особі гарантується право на звернення до суду за захистом свого особистого немайнового або майнового права та інтересу, а розгляд справ щодо захисту прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема і справ про відшкодування шкоди, відбувається за загальними правилами цивільного судочинства, що, відповідно, зумовлює наявність всіх звичайних проблем, пов'язаних зі надмірними строками розгляду цивільних справ, витратами та ін. Варто зауважити, що справи зазначеної категорії можуть розглядатися як в спрощеному, так і в загальному позовному провадженні, що визначає різні строки її розгляду.

Як свідчить аналіз судової практики не дивлячись на фактично один і той же предмет позову в справах про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, юридичні підстави звернення до суду з такою вимогою різняться. Умовно можна виділити три моделі обґрунтування вимоги про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником: договірна, деліктна, спеціальна (через механізм захисту прав споживача).

Спільним для всіх підходів є встановлення необхідних підстав для відшкодування шкоди: наявності шкоди, протиправної поведінки заподіювача шкоди, причинного зв'язку та наявності вини.

Якщо розглядати договірну відповідальність медичного працівника то, керуючись принципами та завданнями Цивільного кодексу України, відповідальність настає у випадку порушення медичним працівником умов договору про надання медичних послуг.

Схожий підхід і у моделі споживач та надавач послуги, якщо послугу не отримано, або не отримано в повному обсязі, суди при вирішенні справи розглядають порушення договору, як можливу підставу відшкодування матеріальної та моральної шкоди.

Розгляд даної категорії справ із підходом настання деліктної відповідальності у сфері відшкодування шкоди завданої медичним працівником стикається з проблемою необхідності врегулювання в цивільному законодавстві України окремого виду делікту. Також в судовій практиці складності розгляду цієї категорії спорів пов'язана з оцінкою доведеності шкоди, завданої медичним працівником.

### **3.3. Доказування у цивільних справах про відшкодуванні шкоди, завданої медичним працівником**

Інститут доказування є основним у сфері цивільного судочинства. Доказування, зокрема, є процесуально визначеною необхідною діяльністю учасників судового процесу, для встановлення суб'єктивної істини в судові справі [57; 58]. Науковці визначають доказування наступним чином. Так, Волкова Н. В. вказує, що судове доказування в цивільному процесі України становить розумову й процесуальну діяльність суб'єктів доказування (суд, учасники справи, представники), яка врегульована нормами процесуального та матеріального права та спрямована на встановлення обставин (фактів), що мають значення для вирішення справи,

і яка складається зі збирання, подання, дослідження та оцінки судових доказів [25, с. 35]. Рязанцев О. та Рязанцева В. вказують, що доказування, безумовно, пов'язане з метою кожного суб'єкта в конкретній справі та залежить від його процесуального статусу: позивач на підставі юридичних обставин обґрунтовує свої вимоги, а відповідач – заперечення проти позову, заявники та заінтересовані особи намагаються встановити юридичні факти, з якими законодавство пов'язує виникнення певних прав або обов'язків тощо [175, с. 146]. Симбірська Є. В в свою чергу, зазначає, що доказування – це поєднання розумової і процесуальної (практичної) діяльності суб'єктів доказування, які знаходяться у постійній діалектичній взаємодії, і відділити їх неможливо [186, с. 99].

За своєю структурою процес доказування поділяється на три під етапи: збирання доказів, дослідження доказів, оцінка доказів [16]. К. С. Пашенко, зауважив, що оцінювання доказів є одним з найбільш важливих у структурі доказування та визначає її як елемент процесу доказування, який охоплює розумову та практичну діяльність судді із встановлення ознак доказів та мотивування висновків щодо їх урахування чи відхилення у справі [109].

Статтею 76 ЦПК України встановлено, що в розумінні цивільного судочинства, доказом є будь-які дані, на підставі яких суд встановлює наявність або відсутність обставин (фактів), що обґрунтовують вимоги і заперечення учасників справи, та інших обставин, які мають значення для вирішення справи [204]. Кройтор В. А вказує, що судові докази це єдине поняття, яке становить взаємозв'язок фактичних даних, на підставі яких суд у передбаченому законом порядку встановлює обставини, що мають значення для обґрунтованості вимог і заперечень сторін, та засобів доказування, що містять ці фактичні дані [77]. Цюра Т. В. розглядала доказ як елемент засобу доказування, який містить у собі певну інформацію про факт у справі, що розглядається [209].

Процес збирання доказів та підхід до нього є достатньо індивідуальним та включає в себе процесуальну діяльність суду та інших учасників цивільного процесу щодо залучення доказів. Докази залучаються коли докази подаються самими сторонами, що беруть участь у справі, витребовуються судом або в порядку виконання судових доручень про забезпечення доказів.

Особа вправі подати до суду будь-який доказ, що здобутий законним шляхом. Однак, нерідко особам можуть чинитися перепони у зібранні доказів, саме тому цивільним процесуальним законодавством передбачені відповідні процедури для отримання останніх [17, с. 24]. Пасайлюк І. В. зазначає, що обов'язок доказування – це закріплена цивільним процесуальним законодавством процесуальна необхідність вчиняти учасниками справи дії пов'язані з доведенням тих обставин (фактів), на які вони посилаються як на підставу своїх вимог або заперечень, невиконання якого тягне правові наслідки [108, с. 98].

Так, наприклад, учасник справи, у разі неможливості самостійно надати докази, вправі подати клопотання про витребування доказів судом, а суд в свою чергу, може витребувати докази до відкриття провадження у справі, шляхом видання ухвали про витребування доказів [78, с. 99–105; 202, с. 387–390].

Після отримання доказу, суд починає їх дослідження за власним переконанням. Докази мають бути належними, достовірними, достатніми та допустимими.

Так, у справі 462/1419/20 [161], судом встановлено, що згідно до наказу фармацевтичної компанії ТзОВ «Юрія-Фарм» № ЮФ 36-ос від 11.03.2011 року відповідач ОСОБА\_1 була прийнята на посаду спеціаліста з синдромної терапії західного представництва дирекції регіональних представництв комерційного департаменту. В даному випадку, наказ фармацевтичної компанії є першим доказом, дослідженим судом.

Наказом Товариства з обмеженою відповідальністю „Медичний центр «М.Т.К.» № МТК/0010 від 04.03.2011 автомобіль DAEWOO LANOS закріплений за працівником товариства «Юрія-Фарм» ОСОБИ\_1 та переданий їй в користування та розпорядження. Аналізуючи даний пункт, можна також зазначити, що наказ є письмовим доказом дослідженим судом.

Згідно з наказом фармацевтичної компанії ТЗОВ «Юрія-Фарм» № ЮФ 000975 ОСОБА\_1 відряджена в м. Львів та Львівську область з 01.07.2012 року по 31.07.2012 року для виконання службових обов'язків.

Вироком Самбірського міськрайонного суду Львівської області від 08 червня 2018 року ОСОБА\_1 визнана винною у тому, що вона 10 липня 2012 року, біля 11 години 50 хвилин, будучи працівником фармацевтичної компанії ТОВ «Юрія-Фарм», керуючи службовим автомобілем марки DAEWOO LANOS, державний номерний знак НОМЕР\_1, який згідно належить «М.Т.К.» Медичний центр ТОВ «М.Т.К.», порушила вимоги Правил дорожнього руху, та визнана винною у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ч. 2 ст. 286 КК України, їй призначено покарання у виді позбавлення волі на строк 4 роки з позбавленням права керувати транспортними засобами на строк 3 роки, звільнено ОСОБУ\_1 від відбування покарання у виді позбавлення волі на строк 4 роки та від додаткового покарання у виді позбавлення права керувати транспортними засобами на строк 3 роки, звільнена від покарання відповідно до п. «в» ст. 1 Закону України «Про амністію у 2016 році». Вироком суду частково задоволено цивільний позов потерпілих від ДТП [161].

В даному випадку, згідно статті 82 ЦПК України, факти встановлені в судовому рішенні. Що набрали законної сили не підлягають доказуванню, а визнаються встановленими.

Тому, з урахуванням викладеного, суд задовольнив позов про стягнення матеріальної компенсації в порядку регресу, пославшись на ч. 5 п. 6 та п. 11 постанови пленуму Вищого спеціалізованого суду України з

огляду цивільних і кримінальних справ від 1 березня 2013 року № 4 "Про деякі питання застосування судами законодавства при вирішенні спорів про відшкодування шкоди, завданої джерелом підвищеної небезпеки" в якій визначено, що якщо медичним закладом була відшкодована шкода внаслідок дії чи бездіяльності медичного працівника, перший має право на регресивне звернення до суду із відповідною позовною заявою. Таким чином законодавством встановлено, що навіть якщо винен медичний працівник, відшкодування шкоди здійснюється саме медичною установою [161].

Однак, в іншому прикладі суддею застосовано комплексно інший підхід до дослідження доказів, що власне і відображає концепцію «власного переконання» [168].

Так, 22 лютого 2016 року 30-тьом учням середньої школи с. Чемерне, було проведено щеплення від поліомієліту ОПВ (серія М 5104-1). Серед даних учнів була і малолітня донька позивачки ОСОБИ. Дане щеплення провела завідувач фельдшерсько-акушерським пунктом с. Чемерне. 23 лютого 2016 року донька позивачки захворіла, а саме: як встановлено Довідкою про проведення службової перевірки від 25.03.2016 року « ОСОБА\_8 захворіла гостро, коли після 2-го уроку в школі у дитини раптово виникли скарги на запаморочення, терпкість ніг, слабкість». 23 лютого 2016 ОСОБА\_10 було госпіталізовано до дитячого відділення КЗ «Сарненська ЦРЛ».

23 лютого 2016 року Позивачка із донькою скеровано до КЗ «Рівненська обласна дитяча лікарня» в неврологічне відділення з діагнозом: Дебют демієлінізуючого захворювання? Вестибуло-атактичний синдром. Поліневропатія. 23 лютого 2016 року було передано термінове повідомлення в територіальний орган Держсанепідемслужби №18 про випадок «Несприятливої події після імунізації (ОПВ 22.02.2016)».

06 червня 2016 року даний діагноз був остаточно підтверджений ДУ «Рівненським обласним лабораторним центром Держсаміпідемслужби

України», а саме: «Гострий в'ялий параліч» - результати дослідження хворої ГВП №27.04.01-10/265.

Враховуючи викладене, позивач вважає, що саме після проведення вакцинації 22.02.2016 фельдшером настала відповідна несприятлива подія після імунізації, внаслідок чого дитина була паралізована.

Однак, судом було зазначено наступне [168]. Відповідно до ст.ст. 1166, 1167, 1168, 1195, 1199 ЦК України, ст.ст.10,60 ЦПК України для відшкодування шкоди позивачем має бути обов'язково доведено наступні обставини: протиправне діяння відповідачів; наявність шкоди; причинний зв'язок між протиправним діянням і шкодою; вина відповідачів.

Відсутність одного з елементів складу цивільного правопорушення звільняє боржника від відповідальності за заподіяну шкоду, оскільки його поведінка не може бути кваліфікована як правопорушення.

Тобто, з урахуванням вище приведених положень, необхідними умовами для стягнення збитків є: 1) підтверджена належними доказами наявність певного розміру шкоди; 2) підтверджена належними доказами протиправна поведінка заподіювача шкоди; 3) засвідчений належними доказами факт того, що протиправна дія чи бездіяльність завдавача шкоди є причиною, а збитки, які виникли у потерпілої особи, - наслідком такої протиправної поведінки; 4) докази, що засвідчують наявність ознак вини заподіювача шкоди.

Проте, позивачем не доведено зазначених обставин в сукупності.

Оцінюючи належність, допустимість, достовірність кожного доказу окремо, а також достатність і взаємний зв'язок доказів у їх сукупності, зважаючи на те, що обов'язок по доведенню обставин справи покладено на кожну із сторін, суд приходять до висновку про відсутність правових підстав для задоволення позовних вимог про відшкодування матеріальної шкоди, завданої незаконними діями та рішеннями правоохоронного

органу, оскільки позивачем не доведено належними та допустимими доказами підстав для відшкодування вказаної шкоди.

Варто вказати, що в згаданій справі суд посилався на положення цивільного законодавства та на постанову Пленуму ВС України від 31 березня 1995 № 4» Про судову практику в справах відшкодування моральної (немайнової) шкоди: в якій, як і в законодавстві передбачено встановлення згаданої вище «тріади» ознак наявності вини медичного працівника.

Виходячи з того, що позивачем не було надано доказів протиправності дій відповідачів, тому у цій частині позовних вимог про відшкодування моральної шкоди також було відмовлено [168].

В іншому прикладі, судом було наголошено відповідачу на помилку, якої він допустився під час підготовки відзиву та власне збору доказів [166]. Судом зазначено, що доводи сторони відповідача щодо відсутності вини в діянні працівників ВМКЦ ЗР у спричиненні позивачу опіків III-IV ступеня обох стоп, що підтверджується випискою із медичної картки стаціонарного хворого № 2018 від 08.05.2015, виданою Комунальною 8-ю міською клінічною лікарнею м. Львова, з посиланням на виписний епікриз ВМКЦ ЗР з історії хвороби № 1824 за 2015 рік, яким встановлено опіки I-II ступеня, є безпідставними, як і доводи, що опіки у позивача з I-II ступеня переросли в III-IV ступінь внаслідок неякісного лікування ним опікових ран. Такі припущення відповідачем у встановленому порядку не доведені визначеними у законі засобами доказування (зокрема, у спосіб заявлення перед судом клопотання про призначення у справі судово-медичної експертизи). При цьому в силу вимог ст. 1166 ЦК України обов'язок доказування обставини щодо відсутності вини в діянні його працівників покладається на відповідача як заподіювача шкоди внаслідок дій (бездіяльності) його працівників [166].

Стосовно питання залучення електронних доказів варто зазначити, що цей інститут є достатньо новим для цивільного судочинства [99; 206], однак електронні докази стали поширеним засобом доказування.

Електронними доказами є інформація в електронній (цифровій) формі, що містить дані про обставини, що мають значення для справи, зокрема, електронні документи (в тому числі текстові документи, графічні зображення, плани, фотографії, відео- та звукозаписи тощо), веб-сайти (сторінки), текстові, мультимедійні та голосові повідомлення, метадані, бази даних та інші дані в електронній формі (ст. 100 ЦПК України). Збереження електронних доказів може бути будь-яким, головною умовою є доступність до пред'явлення такого доказу та правомірність його розміщення.

В даному випадку, доказом може бути: і посилання на офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України, на яких розміщуються накази центрального органу виконавчої влади, веб-сторінки міських клінічних лікарень із розміщенням внутрішніх наказів та списком лікарів, які надають у даному закладі послуги із оздоровлення населення і т.д.

Феннич В. вказує, що оцінка електронних доказів виступає одним із найбільш складних завдань сучасної практики цивільного судочинства. Справа в тому, що на даний момент сформувалися певні усталені підходи щодо оцінювання всіх засобів доказування, окрім електронних доказів. Тому проблематичним на практиці може виявитися перевірка навіть таких елементарних критеріїв, як оцінка належності електронних доказів [199, с. 372]. В свою чергу, Сафонова Т. та Моїсеєнко Д. вказують, що поняття електронного доказу у юридичній науці визначено неоднозначно. Деякі вчені під даним видом доказу розуміють «цифрові» докази. Втім, з удосконаленням комп'ютерної (цифрової) техніки такий вид доказу отримав назву як «електронний» [178, с. 142].

Особливим в даному випадку, є порядок надання електронних доказів. Частиною другою статті 100 ЦПК України визначено, що

електронні докази подаються в оригіналі або в електронній копії, засвідченій електронним підписом, прирівняним до власноручного підпису відповідно до Закону України "Про електронні довірчі послуги". Законом може бути передбачено інший порядок засвідчення електронної копії електронного доказу [204; 143]. Привиденцев О. Г. зазначив, що виокремивши електронні докази, законодавець не визначив нові чіткі правові механізми їх застосування в процесі доказування, що поступово намагаються впорядкувати постановами Верховного Суду. Виходячи із правових позицій Верховного Суду, надається перевага класичним та «перевіреним часом» методам захисту обміну цифрової інформації, а саме електронному підпису [137, с. 820].

Частиною четвертою статті 18 Закону України «Про електронні довірчі послуги» визначено, що кваліфікований електронний підпис має таку саму юридичну силу, як і власноручний підпис, та має презумпцію його відповідності власноручному підпису [143].

Статтею 7 Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг» визначено, що оригіналом електронного документа вважається електронний примірник документа з обов'язковими реквізитами, у тому числі з електронним підписом автора або підписом, прирівняним до власноручного підпису відповідно до Закону України "Про електронні довірчі послуги" [144; 143].

Частина 9 ст. 43 ЦПК України передбачає, що якщо позов, апеляційна, касаційна скарга подані до суду в електронній формі, позивач, особа, яка подала скаргу, мають подавати до суду заяви по суті справи, клопотання та письмові докази виключно в електронній формі, крім випадків, коли судом буде надано дозвіл на їх подання в паперовій формі.

Стосовно статусу електронного документа, то він визначається ст. 8 Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг» та як було встановлено вище електронний документ відповідно до законодавства прирівняний до паперового [144]. Питання

допустимості електронного доказу досліджується судом за тими самими правилами, як і з паперовим.

В практиці підходи до застосування електронних доказів різноманітні.

Наприклад, в рішенні Крюківського районного суду міста Кременчука Полтавської області від 05.03.2020 р. по справі № 537/828/19 за позовом ОСОБИ\_1 до Комунального некомерційного медичного підприємства «Кременчуцький перинатальний центр II рівня» Управління охорони здоров'я Виконавчого комітету Кременчуцької міської ради Полтавської області про відшкодування моральної шкоди, завданої внаслідок порушення права пацієнта на своєчасну та достовірну інформацію щодо стану її здоров'я та запізненого діагностування та надання медичної допомоги, що призвело до настання стану, що загрожував життю, зазначено таке. Судом зроблено відсилку до статті 76 Цивільного кодексу України, яким зокрема встановлюється поняття доказу (ст. 76 ЦПК України) [165].

Належність доказу вирішується судом через призму статті 77 цивільного кодексу України. В даному випадку. суд зазначає, що сторони при доказуванні вини можуть посилатися на будь-які належні на їх думку докази, які не протирічають законодавству України.

Питання доведеності вини визначається у статті 81 Цивільного кодексу України. Судом зроблено, в тому числі посилення на норму даного закону та додатково зазначено аксіому в якій процес доказування не ґрунтується на припущеннях. Ґрунтується лише на законних доказах та фактах, які ними підтверджуються [165].

Однак, у деяких справах, суд не лише посилається на електронний доказ, як поняття, а й застосовує для винесення справедливого рішення, передбаченого законодавчими нормами.

Так, у постанові Верховного Суду від 17.11.2021 по справі № 199/6247/20, за позовом ОСОБИ\_1 та ОСОБИ\_2 до Держави Україна в

особі Державної казначейської служби України, Головного управління Національної поліції в Дніпропетровській області, Дніпровського відділу поліції Головного управління Національної поліції в Дніпропетровській області про відшкодування майнової та моральної шкоди, зазначено, що «обшуки за двома адресами, проводився одночасно, що підтверджується протоколами обшуків від 26 червня 2020 року та електронним доказом - відеозаписом (на флешносії та диску CD-RW) з камер відеоспостереження, які встановлені у будинках [127].

За змістом статті 23 ЦК України особа має право на відшкодування моральної шкоди, завданої внаслідок порушення її прав.

Виходячи із загальних засад доказування, у справах про відшкодування моральної шкоди, завданої органами державної влади та органами місцевого самоврядування, позивач повинен довести, які саме дії (рішення, бездіяльність) спричинили страждання чи приниження, яку саме шкоду вони заподіяли і який її розмір [127].

Окрім того, встановлення обставин справи, дослідження та оцінка доказів є прерогативою судів першої та апеляційної інстанцій. Це передбачено статтями 77, 78, 79, 80, 89, 367 ЦПК України. Суд касаційної інстанції не наділений повноваженнями втручатися в оцінку доказів (постанова Великої Палати Верховного Суду від 16 січня 2019 року у справі № 373/2054/16-ц (провадження № 14-446цс18) [126].

Цікавим є підхід, викладений у постанові Запорізького апеляційного суду від 04 лютого 2020 по справі № 320/1078/16, ОСОБИ\_1 до Державної установи «Інститут стоматології Національної академії медичних наук України» про відшкодування шкоди, завданої ушкодженням здоров'я, зобов'язання вчинення певних дій, а саме.

В даній постанові наявний висновок стосовно того, що потерпіла особа, тобто пацієнт в даному випадку, не має доводити вини заподіювача шкоди. В свою чергу Відповідачем має довестися за допомогою доказів

протилежна точка зору, тобто відсутність ознак вини. Що мають бути підтверджені відповідними фактичними даними [129].

Окрему увагу судами приділяється доведенню причинно-наслідкового зв'язку між виною та наслідком. Так у постанові Черкаського апеляційного суду від 20 травня 2021 року по справі № 705/4105/20, ОСОБИ\_1 до Комунального некомерційного підприємства «Уманська міська лікарня» Уманської міської ради про відшкодування матеріальної та моральної шкоди, повний текст рішення виготовлений 10 березня 2021 року суд зазначив, зважаючи на викладене, суд дійшов висновку про відсутність підстав для відшкодування матеріальної (майнової) шкоди з огляду на те, що позивачем не доведено встановлений будь-якими доказами причинно - наслідковий зв'язок між лікуванням у неврологічному відділенні лікарні з 25 жовтня 2019 року по 15 листопада 2019 року та діями медперсоналу 15 жовтня 2019 року та що понесені нею витрати на придбання медичних препаратів пов'язані з лікуванням та відновленням здоров'я внаслідок подій, що мали місце в час зазначений позивачем [132].

Також судами часто зазначається, що Верховний Суд неодноразово наголошував на необхідності застосування категорій стандартів доказування та відзначав, що принцип змагальності забезпечує повноту дослідження обставин справи. Зокрема, цей принцип передбачає покладання тягаря доказування на сторони.

В даному випадку Верховний Суд застосовував відсилочну норму до цивільного законодавства стосовно оцінки доказів за власним переконанням та на власний розсуд. Питання дослідження кожного доказу окремо та доказів разом для встановлення об'єктної істини також зазначається судом. Питання надання оцінки доказів встановлений цивільним судочинством, здійснюється суддею на власний розсуд. Однак, суд має вмотивувати у своєму рішенні чому той чи інший доказ був прийнятий або відхилений. Самілик Л. О. та Огнев'юк Т. В. вважають, що для цивільного судочинства

можна вважати, що умовно визначеним є стандарт достатності доказів, разом з тим застосовується на практиці також стандарт «баланс ймовірностей» [176, с. 80].

Аналогічний стандарт доказування застосовано Великою Палатою Верховного Суду у постанові від 18 березня 2020 року у справі № 129/1033/13-ц (провадження № 14-400цс19) [130].

У постанові Чернігівського апеляційного суду від 07 квітня 2020 року застосовано, підхід є схожий, на сформований у попередній постанові Верховного Суду. Суд посилається на статт Цивільного процесуального кодексу стосовно допустимості, належності доказів. Наголошує на тому, що встановлення сили доказу відбувається в процесі його дослідження суддею на власний розсуд або власне переконання, в рамках законодавства.

Стосовно описання в рішенні прийнятих та відхиленних доказів судами сформована практика, що суд не обов'язково має описувати кожний окремиий доказ та надавати йому правову оцінку. Якщо докази є за своєю природою однотипними достатнім буде лише зробити посилання на них на висновок стосовно такого дослідження [133].

Електронні кабінети мають функцію не лише отримання кореспонденції суду, а й відправки останньої. Дана функція, в тому числі, можлива за використання електронного цифрового підпису (електронні дані, які додаються підписувачем до інших електронних даних або логічно з ними пов'язуються і використовуються ним як підпис) [143].

Що стосується електронних лікарняних, Міністерство охорони здоров'я наказом від 25.03.2022 № 522 внесло зміни до наказу МОЗ від 01.06.2021 № 1066, по-новому врегулювавши таким чином роботу з електронними та паперовими листками непрацездатності.

Зокрема, паперові листки тимчасової непрацездатності видаватимуть до 01.01.2023 року у п'яти випадках, а саме: коли потрібно продовжити чи закрити листок непрацездатності, який видали у паперовій формі до

01.10.2021; якщо сплив термін, протягом якого лікар може внести зміни до медвисновку про тимчасову непрацездатність в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я. У такому випадку рішення про видавання листка непрацездатності приймає лікарсько-консультативна комісія закладу охорони здоров'я, а за її відсутності – головний лікар закладу; у випадку усиновлення дитини: протягом двох місяців з дати її народження, зазначеної у свідоцтві про народження [47].

Варто звернути увагу, що ЦПК передбачає ряд способів забезпечення судом доказів, до яких належать допит свідків, призначення експертизи, витребування та (або) огляд доказів, у тому числі за їх місцезнаходженням, заборона вчиняти певні дії щодо доказів та зобов'язання вчинити певні дії щодо доказів. У необхідних випадках судом можуть бути застосовані інші способи забезпечення доказів, визначені судом. У справах про відшкодування шкоди, завданої здоров'ю, одним із важливих доказів є висновок судово-медичної експертизи.

Виходячи із зазначеного, можна зробити наступні висновки.

Інститут доказування у цивільних справах про відшкодування шкоди завданої медичним працівником є посідає центральне місце під час вирішення справи та має свої особливості, зважаючи на специфічний предмет спору.

В справах про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником діє той же принцип, що сьогодні кожна сторона зобов'язана довести ті обставини, на які вона посилається як на підставу своїх вимог і заперечень. Субjekтами доказування в такий категорії спра є перш за все сторони. При судовому доказуванні, прийнято диференціювати процес збирання доказів на подання доказів сторонами та іншими особами, витребування доказів судом та надання судових доручень щодо збирання доказів.

До предмету доказування у справах про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником належать факти матеріально-правового

характеру, які свідчать про те, чи мали місце дії ( бездіяльність) відповідача при наданні медичної послуги чи допомоги, що заподіяли позивачу шкоду, в чому вони полягали та коли і як були вчинені; наявність негативного впливу на здоров'я пацієнта; причинний зв'язок між спричиненням шкоди і фізичними, душевними чи іншими стражданнями, що наступили; ступінь вини заподіювача шкоди; обґрунтування розміру компенсації.

Важливим для розгляду справ про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником є обов'язкове призначення судово-медичної експертизи.

### Висновки до розділу 3

Досудові способи врегулювання спору для захисту порушених прав пацієнтів щодо відшкодування завданої медичним працівником не є обов'язковими у правовідносинах між сторонами, однак застосування альтернативного врегулювання саме медичних спорів є визнаним та корисним інструментом, який забезпечує швидке та ефективне досягнення бажаного результату.

Основні приватно-правові способи альтернативного вирішення спорів (ABC) варто широко запроваджувати та застосовувати в Україні. Зокрема, це управління ризиками (Risk management), переговори як найбільш неформальна форма ABC, медіація, третейський розгляд (арбітраж) та досудове вирішення комісією з оцінки шкоди, завданої пацієнту.

Альтернативні механізми вирішення медичних спорів, а також удосконалення експертної оцінки, можуть зменшити кількість судових процесів, тим самим розвантаживши судову систему та прискоривши процес розгляду конкретних спорів.

Вважаємо, що медіація є оптимальною та найбільш дієвою формою ADR у даній категорії справ, адже це альтернативний спосіб вирішення спорів, за допомогою якого існує можливість врегулювати спірні питання між пацієнтами та медичними установами (або безпосередньо лікарями) за участі посередника, який виступає незалежною та неупередженою особою, з дотриманням принципів добровільності, конфіденційності та незалежності й неупередженості медіатора. При цьому, у порівнянні з судовою формою захисту, медіація забезпечує не тільки пришвидшений спосіб вирішення конфліктної ситуації, а й забезпечує збереження балансу інтересів сторін та надає можливість оперативно отримати бажаний результат.

Особі гарантується право на звернення до суду за захистом свого особистого немайнового або майнового права та інтересу, а розгляд справ

щодо захисту прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема і справ про відшкодування шкоди, відбувається за загальними правилами цивільного судочинства, що, відповідно, зумовлює наявність всіх звичайних проблем, пов'язаних зі надмірними строками розгляду цивільних справ, витратами та ін. Варто зауважити, що до досліджуваної нами категорії справ застосовуються загальні правила диференціації цивільного судочинства, тобто вона може розглядатися як в спрощеному, так і в загальному позовному провадженні, що визначає різні строки її розгляду.

Як свідчить аналіз судової практики не дивлячись на фактично один і той же предмет позову в справах про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, юридичні підстави звернення до суду з такою вимогою різняться. Умовно можна виділити три моделі обґрунтування вимоги про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником: договірна, деліктна, спеціальна (через механізм захисту прав споживача).

Спільним для всіх підходів є встановлення необхідних підстав для відшкодування шкоди: наявності шкоди, протиправної поведінки заподіювача шкоди, причинного зв'язку та наявності вини.

Якщо розглядати договірну відповідальність медичного працівника то, керуючись принципами та завданнями Цивільного кодексу України, відповідальність настає у випадку порушення медичним працівником умов договору про надання медичних послуг.

Схожий підхід і у моделі споживач та надавач послуги, якщо послугу не отримано, або не отримано в повному обсязі, суди при вирішенні справи розглядають порушення договору, як можливу підставу відшкодування матеріальної та моральної шкоди.

До предмету доказування у справах про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником належать факти матеріально-правового характеру, які свідчать про те, чи мали місце дії ( бездіяльність) відповідача при наданні медичної послуги чи допомоги, що заподіяли позивачу шкоду, в чому вони полягали та коли і як були вчинені; наявність

негативного впливу на здоров'я пацієнта; причинний зв'язок між спричиненням шкоди і фізичними, душевними чи іншими стражданнями, що наступили; ступінь вини заподіювача шкоди; обґрунтування розміру компенсації.

У справах про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником має бути обов'язковим за клопотанням хоча б однієї із сторін призначення судово-медичної експертизи, яка повинна дати відповідь на питання причини несприятливого результату надання медичної допомоги чи смерті пацієнта, наявності медичної помилки, наявності можливості у лікаря спрогнозувати можливі негативні наслідки медичного втручання, наявності порушень в організації охорони здоров'я в закладі охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

1. Закріплене у законодавстві, зокрема в Основах законодавства України про охорону здоров'я, визначення медичної послуги не відображає основні її риси та юридичні ознаки, окрім таких як її надання закладом охорони здоров'я (або фізичною особою - підприємцем) та її оплатний характер. Однак впевнено можна сказати, що реформування медичного законодавства, основні етапи якого тривали протягом 2017-2023 років, кардинально змінили концепцію медичного обслуговування населення та надання медичних послуг в Україні, особливо - у сфері гарантованого їх фінансування державою та порядку надання.

2. Предметом медичної послуги є домовленість про надання медичної допомоги, що може включати профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію. Надання медичних послуг та, відповідно, надання медичної допомоги здійснюється в процесі медичного обслуговування, яке реалізується шляхом організації належного функціонування всієї системи охорони здоров'я та її закладів.

3. Характерними рисами медичних послуг є: 1) медична послуга передбачає надання корисних благ що перетворює її на об'єкт споживання у якості отримання медичної допомоги, що вказує на її споживчий характер; 2) медична послуга є товаром на ринку інших видів різноманітних послуг і всі відносини, пов'язані із наданням та споживанням медичних послуг є (незалежно від правового статусу суб'єктів та виду (специфіки) послуг) мають майновий (вартісний) характер; 3) надання медичних послуг (відповідно, медичної допомоги) у розрізі соціально-забезпечувальних правовідносин може бути для пацієнта безоплатним (частково платним) та може обмежувати та звужувати обсяг медичних маніпуляцій, дій, медичного сервісу, що обумовлюється рівнем гарантованого державного фінансування медичного обслуговування населення; 4) надання медичних послуг та здійснення медичної допомоги

повинно відповідати галузевим стандартам, що діють у сфері охорони здоров'я (стандарти медичної допомоги, клінічні протоколи, протоколи надання реабілітаційної допомоги, таблиця матеріально-технічного оснащення, лікарські формуляри тощо); медичні технології повинні відповідати державній оцінці спеціально-уповноваженими органами; надання медичних послуг фізичними особами – підприємцями здійснюється на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики; 5) надання медичних послуг виключно на професійній основі, що забезпечується шляхом надання медичної допомоги виключно професіоналами (фахівцями), які виконують свої обов'язки на підставі трудового договору та, відповідно, є учасниками трудо-правових відносин; 6) правове регулювання відносин з надання медичних послуг здійснюється шляхом застосування поряд із приватно-правовими публічно-правових механізмів, що обумовлено важливістю та соціальною значущістю сфери охорони здоров'я.

4. Правовий статус закладу охорони здоров'я (фізичної особи – підприємця) як надавача медичних послуг у відносинах щодо медичного обслуговування населення та надання, відповідно, медичних послуг, в першу чергу визначається та забезпечується наявністю ліцензії та відповідністю ліцензійним умовам на провадження господарської діяльності з медичної практики. Дотримання галузевих стандартів (матеріально-технічне оснащення, дотримання кадрових вимог тощо) є запорукою забезпечення якості медичних послуг та професійності її надання. При цьому форма власності закладів охорони здоров'я та їх організаційно-правова форма мають другорядне значення у відносинах з надання медичних послуг пацієнтам і впливають здебільшого на організацію фінансово-господарської діяльності медичного закладу (його підрозділів), тобто закладу охорони здоров'я різної форми власності є рівними у відносинах з медичного обслуговування населення.

5. Медичне обслуговування населення різних форм власності може здійснюватися в межах приватних відносин та в межах соціально-забезпечувальних правовідносин. Медичне обслуговування в межах соціально-забезпечувальних правовідносин передбачає забезпечення державою доступності гарантованого рівня медичних послуг для громадян.

6. Заклади охорони здоров'я як надавачі медичних послуг несуть відповідальність за їх якість, своєчасність, професійність надання медичної допомоги, що передбачає здійснення медичними закладами самоорганізації своєї діяльності, ефективного управління, а з метою належного забезпечення громадян медичними послугами в межах соціально-забезпечувальних правовідносин, тісної співпраці із спеціально-уповноваженим органом (НСЗУ) та своєчасне визначення і дотримання умов договору про медичне обслуговування населення. Таким чином, в соціально-забезпечувальних правовідносинах на якість надання медичних послуг медичним закладом, впливає якість та ефективність роботи уповноваженого органу (Національної служби здоров'я України її територіальних органів).

7. Безпосередніми надавачами медичної допомоги виступають медичні працівники (фахівці та професіонали) – медичні сестри та лікарі, які перебувають із медичним закладом у трудових правовідносинах і надають пацієнтам медичну допомогу при виконанні своїх трудових обов'язків, виконуючи свою трудову функцію. Таким чином, їх правовий статус як суб'єктів права визначається нормами трудового законодавства та певними нормами спеціального медичного законодавства, яке визначає порядок здійснення ними тієї чи іншої професійної діяльності.

8. Незважаючи на те, що відносини з надання медичних послуг можуть виникати в межах соціально-забезпечувальних правовідносин та на комерційній основі, правовий статус пацієнтів та надавачів медичних послуг є відносно однаковим з точки зору основних прав та обов'язків, які виникають між суб'єктами таких відносин. Це обумовлено існування

єдиних стандартів (соціальних, галузевих та ін.) у сфері охорони здоров'я, регламентованістю основних прав та обов'язків суб'єктів відносин з надання медичних послуг. Порушене право на охорону здоров'я передбачає відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди, оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я тощо.

9. Основною підставою виникнення таких відносин є договір про надання медичних послуг, який повинен бути основоположним при визначенні особливостей надання медичної допомоги обумовленого виду, формальною підставою для підтвердження існуючих домовленостей з конкретним пацієнтом та можливих ризиків надання йому такої допомоги. Така характерна риса відносин з надання медичної допомоги як їх ризиковий характер повинна бути врахована при укладенні договорів про надання медичних послуг із врахуванням індивідуальних характеристик особи – пацієнта. Такий підхід повинен зменшити кількість випадків заподіяння шкоди пацієнтам та захистити права медичних працівників у безпідставному звинуваченні у медичних помилках.

10. Закріплена законодавством необхідність згоди пацієнта на медичне втручання є продовженням дії та виконання договору про надання медичних послуг, а не підставою для його виникнення. Належна поінформованість пацієнта щодо методів медичної допомоги є одним із принципів її надання та обов'язком лікаря щодо її забезпечення. Невиконання такого обов'язку є підставою притягнення медичних працівників до дисциплінарної, майнової, а в деяких випадках і до кримінальної відповідальності.

11. Пацієнтами у відносинах з надання медичних послуг завжди є фізичні особи, які потребують медичної допомоги (медичного втручання), незалежно від віку та дієздатності, якщо за віком чи з інших причин вони не можуть приймати участь в укладенні договору про надання медичних послуг, стороною виступають їх представники, тобто особи, які на

законних підставах можуть приймати участь у процесі виникнення та динаміці відносин з надання медичних послуг пацієнтові. Обсяги прав та обов'язків пацієнта та послугонадавача як учасників відносин з надання медичних послуг (допомоги) визначаються спеціальним законодавством, виходячи із профілю та виду такої допомоги (екстрена, паліативна, педіатрична, високоспеціалізована, психіатрична тощо).

12. Заклади охорони здоров'я несуть цивільно-правову відповідальність та здійснюють відшкодування шкоди (майнової та немайнової), завданої їх медичними працівниками у повному обсязі; при цьому, застосовуючи право зворотної вимоги (регресу) до таких працівників, медичні заклади можуть отримати задоволення своїх вимог в обмеженому розмірі, оскільки такі особи притягаються до матеріальної відповідальності згідно із нормами трудового законодавства.

13. Колізія норм цивільного та трудового законодавства знищує компенсаторну функцію цивільного права щодо медичних закладів та, фактично, обмежуючи розмір відшкодування для працівників середнім місячним заробітком, залишають їх без покарання за протиправну винну поведінку.

14. Пропонується переглянути порядок застосування норм трудового права до медичних працівників при притягненні їх до відповідальності у порядку зворотної вимоги (регресу). За заподіяння шкоди шляхом протиправної винної поведінки медичного працівника притягнення його до відповідальності у вигляді відшкодування шкоди повинно здійснюватися за нормами цивільного законодавства. Такий порядок повинен бути закріплений у діючому законодавстві прямою вказівкою закону. Відшкодування шкоди медичним закладом при заподіянні шкоди медичним працівником є, з нашої точки зору, доцільною конструкцією, оскільки більш надійно забезпечує можливість отримати гарантоване відшкодування постраждалою особою.

15. У юридичній науці існує дві позиції щодо змісту медичних помилок та ролі лікарів (медичних працівників) у їх вчиненні. Відповідно до першої позиції, - дії лікаря (виконавця медичних послуг) є правомірними, професійними та обґрунтованими; відсутній умисел заподіяти шкоду; негативні наслідки є результатом непередбачуваних обставин, що пов'язані із недосконалістю медичної науки (техніки), індивідуальними особливостями живого організму, видом захворювання та добросовісністю самого пацієнта. Відповідно до другої, більш розповсюдженої позиції, - дії лікаря (виконавця медичних послуг) є несумлінними, непрофесійними, необережними; наявною є вина; негативні наслідки є результатом таких недбалих винуватих дій.

16. На наш погляд, медична помилка не передбачає протиправної поведінки (дії чи бездіяльності) медичного працівника та не передбачає наявності вини заподіювача шкоди, тобто медична помилка не є правопорушенням.

17. Притягнення до цивільно-правової відповідальності у сфері професійної медичної діяльності можливе за наявності сукупності передбачених цивільним законодавством підстав: 1) протиправна поведінка (дія чи бездіяльність); 2) шкода (майнова, моральна); 3) причинний зв'язок між шкодою та протиправними діями; 4) вина заподіювача шкоди.

18. З нашої точки зору, підставою для притягнення медичних працівників до деліктної цивільно-правової відповідальності за заподіяння майнової (моральної) шкоди є професійне правопорушення у сфері медичної діяльності.

19. Аналіз іноземного законодавства свідчить про існування двох моделей відшкодування шкоди, які застосовуються в різних країнах під час вирішення питань щодо відшкодування шкоди, завданої медичним працівником: модель судового відшкодування (the judicial claim model) та

модель відшкодування шкоди без вини (адміністративна модель або the no-fault compensation for damage).

20. Модель відшкодування шкоди, що існує в США передбачає застосування концепції порушення стандарту професійної медичної допомоги. Щоб встановити порушення стандарту професійної допомоги, необхідні свідчення експертів, оскільки журі присяжних з непрофесіоналів не може зрозуміти нюанси медичної допомоги. Судова практика деяких штатів США передбачає обов'язок постраждалого позивача продемонструвати прямий зв'язок між стверджуваною неправомірною поведінкою та подальшою травмою. Позов про медичну недбалість зазвичай містить вимогу про стягнення збитків, розмір яких позивач зобов'язаний розрахувати та довести. За відсутності доказів збитків позивач не може підтвердити підставу для позову за медичну недбалість.

21. Вважаємо, що досвід зарубіжних країн у питанні розгляду справ, пов'язаних із відшкодуванням шкоди, спричиненої медичною помилкою, або за участі медичного працівника, може бути імплементований до українського законодавства. Зокрема, перейняття іноземного досвіду з проведення експертизи професійною комісією щодо оцінки шкоди, заподіяної здоров'ю пацієнтів, що встановлює, що шкода була завдана здоров'ю пацієнта при наданні медичних послуг цій особі, з нашої точки зору, має значно полегшити та прискорити вирішення у подальшому судами питань щодо відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, у порядку цивільного судочинства.

22. Досудові способи врегулювання спору для захисту порушених прав пацієнтів щодо відшкодування завданої медичним працівником не є обов'язковими у правовідносинах між сторонами, однак застосування альтернативного врегулювання саме медичних спорів є визнаним та корисним інструментом, який забезпечує швидке та ефективне досягнення бажаного результату.

Серед основних приватних способів (форм, методів) АВС, які варто широко запроваджувати та застосовувати в Україні, можна виділити: а) управління ризиками (Risk management); б) переговори (як найбільш неформальна форма АВС), в) медіація, г) третейський розгляд (арбітраж); д) досудове врегулювання комісією з оцінки шкоди, заподіяної здоров'ю пацієнту.

23. Альтернативні механізми вирішення медичних спорів, а також удосконалення експертної оцінки, можуть зменшити кількість судових процесів, тим самим розвантаживши судову систему та прискоривши процес розгляду конкретних спорів.

24. Вважаємо, що медіація є оптимальною та найбільш дієвою формою АВС при врегулюванні спорів, що виникають між пацієнтами та закладами охорони здоров'я (або медичними працівниками). При цьому, у порівнянні з судовою формою захисту, медіація забезпечує не тільки пришвидшений спосіб вирішення конфліктної ситуації, а й забезпечує збереження балансу інтересів сторін та надає можливість оперативно отримати бажаний результат.

25. Особі гарантується право на звернення до суду за захистом свого особистого немайнового або майнового права та інтересу, а розгляд справ щодо захисту прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема і справ про відшкодування шкоди, відбувається за загальними правилами цивільного судочинства, що, відповідно, зумовлює наявність всіх звичайних проблем, пов'язаних зі надмірними строками розгляду цивільних справ, витратами та ін. Варто зауважити, що до досліджуваної нами категорії справ застосовуються загальні правила диференціації цивільного судочинства, тобто вона може розглядатися як в спрощеному, так і в загальному позовному провадженні, що визначає різні строки її розгляду.

26. Як свідчить аналіз судової практики не дивлячись на фактично один і той же предмет позову в справах про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником, юридичні підстави звернення до суду з

такою вимогою різняться. Умовно можна виділити три моделі обґрунтування вимоги про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником: договірна, деліктна, спеціальна (через механізм захисту прав споживача).

27. Спільним для всіх підходів є встановлення необхідних підстав для відшкодування шкоди: наявності шкоди, протиправної поведінки заподіювача шкоди, причинного зв'язку та наявності вини. Якщо розглядати договірну відповідальність медичного працівника то, керуючись принципами та завданнями Цивільного кодексу України, відповідальність настає у випадку порушення медичним працівником умов договору про надання медичних послуг. Схожий підхід і у моделі споживач та надавач послуги, якщо послугу не отримано, або не отримано в повному обсязі, суди при вирішенні справи розглядають порушення договору, як можливу підставу відшкодування матеріальної та моральної шкоди.

28. Розгляд даної категорії справ із підходом настання деліктної відповідальності у сфері відшкодування шкоди завданої медичним працівником стикається з проблемою необхідності врегулювання в цивільному законодавстві України окремого виду делікту. Також в судовій практиці складності розгляду цієї категорії спорів пов'язана з оцінкою доведеності шкоди, завданої медичним працівником.

29. До предмету доказування у справах про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником належать факти матеріально-правового характеру, які свідчать про те, чи мали місце дії (бездіяльність) відповідача при наданні медичної послуги чи допомоги, що заподіяли позивачу шкоду, в чому вони полягали та коли і як були вчинені; наявність негативного впливу на здоров'я пацієнта; причинний зв'язок між спричиненням шкоди і фізичними, душевними чи іншими стражданнями, що наступили; ступінь вини заподіювача шкоди; обґрунтування розміру компенсації.

30. У справах про відшкодування шкоди, завданої медичним працівником має бути обов'язковим за клопотанням хоча б однієї із сторін призначення судово-медичної експертизи, яка повинна дати відповідь на питання причини несприятливого результату надання медичної допомоги чи смерті пацієнта, наявності медичної помилки, наявності можливості у лікаря спрогнозувати можливі негативні наслідки медичного втручання, наявності порушень в організації охорони здоров'я в закладі охорони здоров'я.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Альтернативне вирішення спорів : підручник / за заг. ред. Ю. Д. Притики. Київ : Дакор, 2021. 436 с.
2. Антонов С. В. Лікарська помилка як особливий критерій при встановленні вини медичних працівників у цивільно-правовому делікті. *Держава і право*. Київ, 2002. Вип. 18. С. 224–229.
3. Антонов С. В. Медична помилка: юридичний аспект. *Медичне право*. 2008. № 10. С. 94–96.
4. Антонов С. В. Особливості відшкодування шкоди, заподіяної невдалим медичним втручанням. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2007. № 7. С. 22–26.
5. Антонов С. В. Цивільно-правова відповідальність за заподіяння шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг : автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / НАН України, Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького. Київ, 2006. 20 с.
6. Антошкіна В. Особливості тлумачення Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод та застосування практики Європейського суду з прав людини під час здійснення судочинства в Україні. *Філософські та методологічні проблеми права*. 2019. Т. 18, № 2. С. 116–123. DOI: DOI: 10.33270/02191802.116.
7. Балюк І. А. Досудове врегулювання господарського спору: обов'язок чи право. *Юридичний часопис Національної академії внутрішніх справ*. 2018. № 2. С. 172–185.
8. Білоус Т. Й. Цивільно-правова відповідальність медичних працівників // *Юридичний науковий електронний журнал*. 2019. № 4. С. 42–44. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2019-4/9> (дата звернення: 14.09.2023).
9. Болотіна Н. Б. Пацієнт: поняття, права і обов'язки. *Правова держава*. Київ, 2004. Вип. 14. С. 301–309.

10. Бондарєва М., Шмарьова Т. Розвиток альтернативного врегулювання спорів в Україні: на прикладі застосування медіації у нотаріаті та врегулювання спорів за участю судді. *Доступ до правосуддя в умовах сталого розвитку: до 30-річчя незалежності України* : колект. моногр. / за заг. ред.: Ю. Притики, І. Ізарової. Київ, 2021. С. 338–356.
11. Булеца С. Б. Особливості цивільної відповідальності в медицині. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2013. Вип. 21, т. 1, ч. 2. С. 168–171.
12. Булеца С. Б. Поняття, види та ознаки відповідальності в галузі здійснення медичної діяльності // Аналітично-порівняльне правознавство. 2021. № 1. С. 37–42. DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2021.01.7> (дата звернення: 14.09.2023).
13. Булеца С. Б. Способи досудового захисту прав медичного працівника та пацієнта. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Право*. 2011. Вип. 15, ч. 1. С. 141–147.
14. Булеца С. Б. Цивільно-правова відповідальність у сфері здійснення медичної діяльності. *Право і громадянське суспільство*. 2014. № 1. С. 203–210.
15. Василина Н. В. Врегулювання спору за участю судді і спрощене провадження у цивільному судочинстві України. *Малозначні спори: європейський та український досвід вирішення* : зб. наук. пр. учасників міжнар. наук.-практ. конф., 23–24 листоп. 2018 р. Київ, 2018. С. 13–18.
16. Василина Н. В. Допустимість доказів у цивільному та нотаріальному процесах: порівняльний аспект. *Розвиток права України: від Конституції Пилипа Орлика до сьогодення* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 20 трав. 2010 р. Київ, 2010. С. 205–207.

17. Васирина Н. В. Методика складання процесуальних документів у цивільному судочинстві : прогр. спецкурсу для студентів 2 курсу ОКР «магістр» юрид. ф-ту. Київ : КНУ ім. Тараса Шевченка, 2014. 24 с.
18. Васильєв В. Окремі питання визначення поняття моральної (немайнової) шкоди. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2015. Вип. 32. С. 10–15.
19. Васильків В. І. Проблемні аспекти відшкодування моральної шкоди у справах про захист честі та гідності фізичної особи. *Наука та суспільне життя України в епоху глобальних викликів людства у цифрову еру (з нагоди 30-річчя проголошення незалежності України та 25-річчя прийняття Конституції України) : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (21 трав. 2021 р.)*. Одеса, 2021. Т. 2. С. 588–590.
20. Вахонєва Т. Кваліфікаційні вимоги до медичних працівників як суб'єктів трудового права. *Кухня трудових прав: нариси про важливі інгредієнти*. Київ, 2021. С. 133–142.
21. Вахонєва Т. Підтримання виникнення трудової діяльності на професійній основі як функція трудового права. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Юридичні науки*. 2020. № 4 (115). С. 9–13. DOI: 10.17721/1728-2195/2020/5.115-2.
22. Венедіктова І. В. Правова природа медичних послуг. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. Київ, 2014. № 5. С. 44–48.
23. Відповідальність медичних працівників : лист М-ва юстиції України від 20 черв. 2011 р. // Законодавство України / Верхов. Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0040323-11#Text> (дата звернення: 14.09.2023).

24. Вікторчук М. В. Медіація як альтернативний спосіб вирішення господарських спорів в Україні. *Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка*. 2016. № 3. С. 168–177.
25. Волкова Н. В. Щодо визначення поняття судового доказування у цивільному процесі. *Новели цивільного процесуального законодавства: докази та доказування : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (14 верес. 2020 р.)*. Одеса, 2020. С. 32–36.
26. Галай В. О. Реалізація прав людини та громадянина в контексті захисту прав пацієнтів: теоретико-правовий аспект : автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.01 / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2010. 20 с.
27. Гапонова Е. О. Сучасні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 08.00.02 / Харків. нац. ун-т ім. В. Н. Каразіна. Харків, 2019. 23 с.
28. Гевко С. Організація системи контролю якості в закладі охорони здоров'я. *Актуальні проблеми вітчизняної економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі : матеріали доп. V Ювіл. наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених з міжнар. участю (12 листоп. 2020 р.)*. Тернопіль, 2020. Ч. 1. С. 67–72.
29. Герц А. А. Договірні зобов'язання у сфері надання медичних послуг : дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.03 / Львів. нац. ун-т ім. Івана Франка. Львів, 2016. 421 с.
30. Герц А. А. Медична послуга як об'єкт правового регулювання. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Юриспруденція*. Одеса, 2015. № 15, т. 2. С. 11–13.
31. Герц А. А. Причинний зв'язок як умова настання цивільно-правової відповідальності при наданні медичних послуг. *Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я : зб. матеріалів наук.-*

- практ. круглого столу (23 трав. 2019 р.)*. Запоріжжя, 2019. С. 39–42.
32. Голошивець В. О. Деякі особливості цивільно-правової відповідальності за шкоду, завдану неналежним лікуванням. *Актуальні проблеми держави і права*. Одеса, 2014. Вип. 72. С. 230–236.
33. Гордієнко Р. Л. Медіація та її роль у консалтинговій діяльності у сфері охорони здоров'я. *Часопис Київського університету права*. 2015. № 3. С. 202–205.
34. Горіславська І. В. Елементи деліктної відповідальності у процесі конвергенції правових систем. *Право. Людина. Довкілля*. 2019. Т. 10, № 3. С. 94–102. DOI: 10.31548/law2019.03.012.
35. Горіславська І. В. До питання деліктної відповідальності медичних працівників у системі безпеки пацієнтів в Україні та світі. *Право. Людина. Довкілля*. 2019. Т. 10, № 4. С. 106–114. DOI: 10.31548/law2019.04.012.
36. Горіславська І. В., Баран М. О. До питання правового регулювання відшкодування шкоди завданої внаслідок медичного втручання. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія: Право*. Київ, 2015. Вип. 218. С. 163–169.
37. Господарський кодекс України : від 16 січ. 2003 р. № 436-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 18–21/22. Ст. 144. Ред. від 03.09.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#top> (дата звернення: 14.09.2023).
38. Грабар О. С. Щодо визначення медичної помилки як підстави відшкодування шкоди. *Теорія і практика сучасної науки та освіти : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. (11–12 груд. 2022 р.)*. Львів, 2022. С. 59–62.

39. Грабовська О. О. Провадження у справі досудового розгляду: проблеми теорії та судової практики. *Держава і право. Юридичні і політичні науки*. Київ, 2009. Вип. 46. С. 311–315.
40. Гревцова Р. Ю. Деякі питання законодавчого забезпечення розвитку системи охорони здоров'я України. *Адвокат*. 2013. № 10. С. 3–9.
41. Гревцова Р. Ю. Медичне право України: тенденції і перспективи розвитку в умовах глобалізаційних та євроінтеграційних процесів. *Право і громадянське суспільство*. 2014. № 1. С. 192–203.
42. Гринько С. Д. Значення вини потерпілого в деліктних зобов'язаннях. *Університетські наукові записки, Хмельницький*, 2009. № 3. С. 55–60.
43. Губанова О. Медіація у сфері вирішення медичних спорів (конфліктів). *Interdisciplinary research: scientific horizons and perspectives : III International Scientific and Theoretical Conference (May 6, 2022)*. Vilnius, 2022. Vol. 1. С. 70–71.
44. Гуменюк Н. Особливості функціонування системи управління конфліктами в галузі охорони здоров'я. *Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (4-5 листоп.2022 р.)*. Тернопіль, 2022. Т. 2. С. 97.
45. Демидович О. Популяризація медіації як альтернативного способу вирішення медичних спорів: досвід Іспанії. *Конфліктологічна експертиза : теорія та методика : XVII міжнар. наук.-практ. конф. (16 лют. 2018 р.)*. Київ, 2018. С. 15–18.
46. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Вип. 78. Охорона здоров'я : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 29 берез. 2002 р. № 117 // Законодавство України / Верхов. Рада України. Дата оновлення: 25.01.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text> (дата звернення: 14.09.2023).

47. Догадіна О. Електронні лікарняні 2022: що врахувати кадровику // Кадровик-01. 2022, 1 черв. URL: <https://www.kadrovik1.com.ua/article/3327-lkarnyan-vd-vidach-listka-nepratsezdatnost-do-oplati> (дата звернення: 14.09.2023).
48. Доступ до правосуддя в умовах сталого розвитку: до 30-річчя незалежності України : колект. моногр. / за заг. ред.: Ю. Притика, І. Ізарова. Київ : Дакор, 2021. 478 с.
49. Дроздова О. В. Диференціація способів і засобів захисту пацієнтів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Юридичні науки*. 2016. Вип. 1, т. 1. С. 109–113.
50. Дроздова О. В. Цивільно-правова природа форм захисту прав пацієнта // *Порівняльно-аналітичне право*. 2015. № 6. С. 86–89. URL: <http://pap-journal.in.ua/2015-2> (дата звернення: 14.09.2023).
51. Дудоров О. О., Балабко В. В. Лікарська помилка як кримінально-правова проблема. *Протидія злочинності: теорія і практика : матеріали IV міжвуз. наук.-практ. конф. студентів, курсантів, аспірантів та молодих учених, 19 жовт. 2012 р.* Київ ; Луганськ, 2013. С. 13–27.
52. Дьолог М. І. Лікарські помилки. *Радіологічний вісник*. 2014. № 2. С. 53–56.
53. Європейська хартія прав пацієнтів в Україні // Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/hartia.pdf> (дата звернення: 14.09.2023).
54. Жеворонко Н. Удосконалення системи контролю за якістю медичних послуг. *Актуальні проблеми вітчизняної економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі : матеріали доп. V Ювіл. наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених з міжнар. участю (12 листоп. 2020 р.)*. Тернопіль, 2020. Ч. 1. С. 124–126.

55. Заварза Т. В. Цивільно-правова відповідальність лікувальних закладів за заподіяння шкоди неналежним лікуванням : автореф. дис. ... канд. юрид. наук 12.00.03 / НДІ приват. права і підприємництва НАПрН України. Харків, 2015. 19 с.
56. Загальна декларація прав людини : прийнята резолюцією 217 А (III) Ген. Асамблеї ООН від 10 груд. 1948 р. *Офіційний вісник України*. 2008. № 93. Ст. 3103.
57. Захарова О. С. Забезпечення доказів у цивільній справі та засобів доказування. *Адвокат*. 2003. № 4. С. 28–31.
58. Ізарова І. О. Реформа цивільного процесу впродовж незалежності: нові цілі та засади. *Доступ до правосуддя в умовах сталого розвитку: до 30-річчя незалежності України* : колект. моногр. / за заг. ред.: Ю. Притика, І. Ізарова. Київ : Дакор, 2021. С. 32–59.
59. Інструкція про проведення судово-медичної експертизи : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 17 січ. 1995 р. № 6 // Законодавство України / Верхов. Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0254-95#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
60. Канзафарова І. С. Теоретичні основи цивільно-правової відповідальності в Україні : дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.03 / Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України. Київ, 2007. 453 с.
61. Канзафарова І. С. Юридична конструкція субсидіарної відповідальності: окремі критичні зауваження. *Держава і право. Юридичні і політичні науки*. Київ, 2006. Вип. 31. С. 215–218.
62. Капліна Г. А., Елларян А. С. Договірна та недоговірна (деліктна) відповідальність: порівняльно-правовий аналіз. *Актуальні проблеми права: теорія і практика*. Сєверодонецьк, 2015. № 30. С. 256–262.
63. Кізлова О. С. Договір про надання медичних послуг як цивільно-правовий договір. *Право і суспільство*. 2014. № 2. С. 39–44.

64. Книш С. В. Юридична відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я в Україні. *Право і Безпека*. 2018. № 4. С. 43–49.
65. Кодекс законів про працю України : станом на 20 лип. 2023 р. : відповідає офіц. тексту. Харків : Право, 2023. 120 с.
66. Кодекс України про адміністративні правопорушення : від 07 груд. 1984 р. № 8073-Х. *Відомості Верховної Ради Української РСР*. 1984. № 51, дод. Ст. 1122. Ред. від 20.08.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
67. Коли досудове врегулювання суперечки є обов'язковим? // First Legal. 2022, 4 серп. URL: <https://firstlegal.com.ua/koli-dosudove-vregulyuvannya-superechki-ye-obov-yazkovim/> (дата звернення: 14.09.2023).
68. Комаровский Ю. Т. Методологические основы изучения ошибок в хирургии. *Клиническая хирургия*. 1976. № 9. С. 54–62.
69. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину : Ов'єдо (Австрія), 4 квіт. 1997 р. // Законодавство України / Верхов. Рада України. Дата оновлення: 25.01.2005. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_334#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text) (дата звернення: 14.09.2023).
70. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (Європейська конвенція з прав людини) (з Протоколами) : Рим, 4 листоп. 1950 р. *Офіційний вісник України*. 2006. № 32. Ст. 2371. Ред. від 01.08.2021. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_004#top](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#top) (дата звернення: 14.09.2023).
71. Конвенція про уніфікацію деяких правил міжнародних повітряних перевезень : Монреаль, 28 трав. 1999 р. *Офіційний вісник України*. 2009. № 33. Ст. 1163.

72. Конституція України : від 28 черв. 1996 р. № 254 к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141. Ред. від 01.01.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
73. Король Д. А. Спрошене провадження цивільного судочинства в різних країнах Європи: порівняльна характеристика. *Часопис Київського університету права*. 2020. № 1. С. 225–228. DOI: 10.36695/2219-5521.1.2020.45.
74. Кравцов С. Виконавче провадження як завершальна частина судового розгляду у світлі практики ЄСПЛ та протидія зловживанням процесуальними правами учасників виконавчого провадження. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Юридичні науки*. 2020. № 1 (112). С. 36–43. DOI: 10.17721/1728-2195/2020/1.112-7.
75. Кравчук І. І., Котюк А. С. Відшкодування шкоди, заподіяної особі невдалим медичним втручанням. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Юридичні науки*. Київ, 2020. Т. 31, № 6. С. 36–41. DOI: 10.32838/TNU-2707-0581/2020.6/07.
76. Кримінальний кодекс України : від 05 квіт. 2001 р. № 2341-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2001. № 25/26. Ст. 131. Ред. від 11.08.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14> (дата звернення: 14.09.2023).
77. Кройтор В. А., Сліпченко, О. І. Розподіл обов'язків з доказування в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди // Аналітично-порівняльне правознавство. 2023. № 1. С. 171–179. DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2023.01.26> (дата звернення: 14.09.2023).
78. Курс цивільного процесу : підручник / за ред. В. В. Комарова. Харків : Право, 2011. 1352 с.

79. Кушнір В., Коробцова Н. До питання цивільно-правової відповідальності у сфері надання медичних послуг. *Молодий вчений*. 2019. № 11. С. 42–46. DOI: 10.32839/2304-5809/2019-11-75-10.
80. Левенець А. В., Лотиш О. В. Міжнародні стандарти права на безпечну медичну допомогу. *Вісник Одеського національного університету. Правознавство*. 2019. Т. 24, вип. 2. С.15–22. DOI 10.18524/2304-1587.2019.2(35).185890.
81. Лісабонська декларація відносно прав пацієнта : прийнята 34-ю Всесвіт. Мед. Асамбл., Лісабон, Португалія, вересень/жовтень 1981 р. // *ZakonOnline*. URL: [https://zakononline.com.ua/documents/show/159441\\_159441](https://zakononline.com.ua/documents/show/159441_159441) (дата звернення: 14.09.2023).
82. Лісневська Н. Медичне право сьогодні стало модним : інтерв'ю. *Femida*. 2020. № 5. С. 40–43.
83. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики : затв. постановою Каб. Міністрів України від 2 берез. 2016 р. № 285. *Офіційний вісник України*. 2016. № 30. Ст. 1184. Ред. від 29.04.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#top> (дата звернення: 14.09.2023).
84. Майданик Р. А. Договір про надання медичних послуг. *Медичне право*. 2010. № 5. С. 52–66.
85. Майкут Х. В. Проблеми правової кваліфікації медичної помилки. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. Дніпро, 2017. Вип. 3. С. 54–57.
86. Малозначні спори: європейський та український досвід вирішення : зб. наук. пр. матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 23-24 листоп. 2018 р.) / за заг. ред.: І. Ізарова, Р. Флейшар, Р. Ханік-Посполітак. Київ : Дакор, 2018. 228 с.

87. Малозначні справи // Судова влада України. Верховний Суд. URL: [https://supreme.court.gov.ua/supreme/pro\\_sud/pravozast\\_cpk/maloznachni\\_spravi](https://supreme.court.gov.ua/supreme/pro_sud/pravozast_cpk/maloznachni_spravi) (дата звернення: 14.09.2023).
88. Марова С. Ф., Вовк С. М. Медична послуга як товар медичного ринку // Державне управління: удосконалення та розвиток. 2017. № 4. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2017\\_4\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2017_4_4) (дата звернення: 14.09.2023).
89. Матат Ю. Право на доступ до суду: європейська традиція та проблеми забезпечення в Україні. *Jurnalul juridic national: teorie și practică*. 2017. Т. 2, № 6-2. С. 19–23.
90. Машлій Г. Б., Чепіль Г. В., Бачинський М. В. Роль якості послуг у підвищенні ефективності функціонування організації. *Соціальна відповідальність як основа інноваційного розвитку бізнесу* : матеріали X всеукр. наук.-практ. конф. (18 листоп. 2022 р.). Тернопіль, 2022. С. 69.
91. Медіація у професійній діяльності юриста : підручник / за ред.: Н. Крестовська, Л. Романадзе. Одеса : Екологія, 2019. 456 с.
92. Миронова Г. А. Право на медичну допомогу: цивільно-правова характеристика. *Приватне право і підприємництво*. Київ, 2014. Вип. 13. С. 67–71.
93. Миронова Г. А. Приватноправове регулювання особистих немайнових відносин у сфері надання медичної допомоги : монографія. Київ : НДІ приват. права і підприємництва ім. акад. Ф. Г. Бурчака НАПрН України, 2015. 227 с.
94. Михайлов С. В. Towards Effective Medical Disputes Resolution in Ukraine and послуг. *Право і Безпека*. 2009. № 2. С. 177–181.
95. Михайлов С. В. Цивільно-правова відповідальність в сфері надання медичних послуг : автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2010. 17 с.

96. Мостовенко О. С. Співвідношення понять «медична допомога» та «медична послуга» у контексті реалізації конституційних прав громадян. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право.* 2017. Вип. 44, т. 1. С. 59–62.
97. Мудрик О., Давидов П. Проблема якості надання медичної допомоги: аналіз основних видів порушень. *Розвиток сучасної освіти і науки: результати, проблеми, перспективи. Інтердисциплінарні виміри.* Конін ; Ужгород ; Херсон ; Кривий Ріг, 2019. С. 229–231.
98. Навроцька Ю. В. Правові механізми досудового врегулювання спорів за участю судді: концепція запровадження в Україні. *Проблеми модернізації приватного права в умовах євроінтеграції.* Хмельницький, 2015. С. 369–374.
99. Навроцька Ю., Угриновська О. Тенденції електронізації цивільного судочинства України. *Право України.* 2017. № 8. С. 130–138.
100. Надюк З. О. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні : дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2009. 208 с.
101. Немченко С. С. До питання класифікації способів альтернативного вирішення спору. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Юриспруденція.* Одеса, 2017. Вип. 30, т. 1. С. 20–22.
102. Оніщенко О. В., Єрзаулова В. В. Медична помилка: правовий аспект. *Юридичний вісник.* 2013. № 2 (27). С. 92–96.
103. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-XII. *Відомості Верховної Ради України.* 1993. № 4. Ст. 19. Ред. від 07.09.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#top> (дата звернення: 14.09.2023).

104. Отраднава О. О. Деліктна відповідальність: поняття, сутність та співвідношення із деліктним зобов'язанням. *Університетські наукові записки*. 2013. № 3. С. 152–158.
105. Отраднава О. Компенсація моральної шкоди, заподіяної порушенням цивільно-правового договору. *Вісник Національної академії прокуратури України*. 2015. № 2. С. 18–23.
106. Отраднава О. О. Недоговірні зобов'язання в цивільному праві України : навч. посіб. Київ : Юрінком Інтер, 2009. 240 с.
107. Парасюк М. В. Відшкодування моральної (немайнової) шкоди потерпілій особі – чинник захисту її честі і гідності. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. Вип. 3. С. 191–196. DOI: 10.51547/ppp.dp.ua/2022.3.32.
108. Пасайлюк І. В. Обов'язок доказування і подання доказів до суду. *Актуальні проблеми приватного права в умовах євроінтеграційних процесів в Україні : зб. тез доп. учасників наук.-практ. семінару (11 листоп. 2022 р.)*. Львів, 2022. С. 98–101.
109. Пащенко К. С. Нормативне гарантування оцінки доказів в адміністративному судочинстві: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. Київ, 2020. № 2. С. 37–46.
110. Пендюра М. М. Європейська практика судового захисту честі, гідності людини та громадянина. *Практика Європейського суду з прав людини як джерело національного права : матеріали круглого столу (ДДУВС, 24.11.2017)*. Дніпро, 2019. С. 37–40.
111. Перелік закладів охорони здоров'я : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 28 жовт. 2002 р. № 385. *Офіційний вісник України*. 2002. № 46. Ст. 2116. Ред. від 19.08.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text> (дата звернення: 14.09.2023).

112. Положення про клініко-експертну комісію Міністерства охорони здоров'я України : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 05 лют. 2016 р. № 69. *Офіційний вісник України*. 2016. № 23. Ст. 931. Ред. від 05.04.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16#top> (дата звернення: 14.09.2023).
113. Положення про клініко-експертну комісію Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 05 лют. 2016 р. № 69. *Офіційний вісник України*. 2016. № 23. Ст. 931.
114. Положення про Національну службу здоров'я України : затв. постановою Каб. Міністрів України від 27 груд. 2017 р. № 1101. *Офіційний вісник України*. 2018. № 15. Ст. 507. Ред. від 01.07.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
115. Порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 19 берез. 2018 р. № 503 (у ред. наказу від 04 січ. 2023 р. № 16). *Офіційний вісник України*. 2018. № 23. Ст. 847. Ред. від 07.03.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#top> (дата звернення: 14.09.2023).
116. Порядок контролю якості медичної допомоги : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 28 верес. 2012 р. № 752. *Офіційний вісник України*. 2012. № 94. Ст. 3830.
117. Порядок надання паліативної допомоги : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 04 черв. 2020 р. № 1308. *Офіційний вісник України*. 2020. № 55, ч. 2. Ст. 1739.
118. Порядок надання первинної медичної допомоги : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 19 берез. 2018 р. № 504. *Офіційний*

- вісник України*. 2018. № 23. Ст. 848. Ред. від 04.03.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
119. Порядок обчислення середньої заробітної плати : затв. постановою Каб. Міністрів України від 8 лют. 1995 р. № 100 // Законодавство України / Верхов. Рада України. Дата оновлення: 12.09.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/100-95-%D0%BF#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
120. Порядок проведення державної оцінки медичних технологій : затв. постановою Каб. Міністрів України від 23 груд. 2020 р. № 1300. *Офіційний вісник України*. 2021. № 2. Ст. 94. Ред. від 24.11.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1300-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
121. Порядок проведення судово-психіатричної експертизи : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 08 трав. 2018 р. № 865. *Офіційний вісник України*. 2018. № 53. Ст. 1872.
122. Порядок укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій : затв. постановою Каб. Міністрів України від 25 квіт. 2018 р. № 410 (в ред. постанови від 27 листоп. 2019 р. № 1073). *Офіційний вісник України*. 2018. № 45. Ст. 1570. Ред. від 29.06.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
123. Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж : затв. постановою Каб. Міністрів України від 28 лют. 2023 р. № 174. *Офіційний вісник України*. 2023. № 27. Ст. 1515.
124. Постанова Верховного Суду від 28 квітня 2021 р. у справі № 465/4737/17 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL:

- <https://reyestr.court.gov.ua/Review/96631748> (дата звернення: 14.09.2023).
125. Постанова Верховного Суду від 21 липня 2021 р. у справі № 572/3616/19 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/98548208> (дата звернення: 14.09.2023).
126. Постанова Верховного Суду від 16 серпня 2021 р. у справі № 754/3017/19 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/99037771> (дата звернення: 14.09.2023).
127. Постанова Верховного Суду від 17 листопада 2021 р. у справі № 199/6247/20 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/101280042> (дата звернення: 14.09.2023).
128. Постанова Вінницького апеляційного суду від 06 травня 2020 р. у справі № 134/845/18 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/89126834> (дата звернення: 14.09.2023).
129. Постанова Запорізького апеляційного суду від 04 лютого 2020 р. у справі № 320/1078/16-ц // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/87578435> (дата звернення: 14.09.2023).
130. Постанова Івано-Франківського апеляційного суду від 11 січня 2022 р. у справі № 320/1078/16-ц // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/102616292> (дата звернення: 14.09.2023).
131. Постанова Херсонського апеляційного суду від 17 березня 2020 р. у справі № 648/2035/17 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/88293617> (дата звернення: 14.09.2023).

132. Постанова Черкаського апеляційного суду від 20 травня 2021 р. у справі № 705/4105/20 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/97047110> (дата звернення: 14.09.2023).
133. Постанова Чернігівського апеляційного суду від 07 квітня 2020 р. у справі № 750/10894/19 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/88623990> (дата звернення: 14.09.2023).
134. Правила дорожнього руху : затв. постановою Каб. Міністрів України від 10 жовт. 2001 р. № 1306. *Офіційний вісник України*. 2021. № 41. Ст. 1852. Ред. від 18.08.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1306-2001-%D0%BF#top> (дата звернення: 14.09.2023).
135. Правила судово-медичного визначення ступеню тяжкості тілесних ушкоджень : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 17 січ. 1995 р. № 6 // Законодавство України / Верхов. Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0255-95#top> (дата звернення: 14.09.2023).
136. Правове регулювання надання медичної допомоги в Україні / Ю. І. Губський, В. Г. Сердюк, А. В. Царенко та ін. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку : матеріали I всеукр. наук.-практ. конф. (19–20 квіт. 2007 р.)*. Львів, 2007. С. 105–112.
137. Привиденцев О. Г. Місце електронних повідомлень як джерела доказів у цивільному процесі. *Європейський вибір України, розвиток науки та національна безпека в реаліях масштабної військової агресії та глобальних викликів XXI століття (до 25-річчя Національного університету «Одеська юридична академія» та 175-річчя Одеської школи права) : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (17 черв. 2022 р.)*. Одеса, 2022. Т. 2. С. 818–821.

138. Про введення воєнного стану в Україні : Указ Президента України від 24 лют. 2022 р. № 64/2022. *Офіційний вісник України*. 2022. № 46. Ст. 2497.
139. Про внесення змін до Конституції України (щодо правосуддя) : Закон України від 2 черв. 2016 р. № 1401-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2016. № 28. Ст. 532.
140. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії : Закон України від 05 жовт. 2000 р. № 2017-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 48. Ст. 409. Ред. від 04.05.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017-14#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
141. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовт. 2017 р. № 2168-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 5. Ст. 31. Ред. від 01.01.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
142. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05 лип. 2012 р. № 5081-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2013. № 30. Ст. 340. Ред. від 30.12.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#top> (дата звернення: 14.09.2023).
143. Про електронні довірчі послуги : Закон України 5 жовт. 2017 р. № 2155-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2017. № 45. Ст. 400. Ред. від 01.01.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2155-19#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
144. Про електронні документи та електронний документообіг : Закон України від 22 трав. 2003 р. № 851-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 36. Ст. 275. Ред. від 01.08.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/851-15#Text> (дата звернення: 14.09.2023).

145. Про захист прав споживачів : Закон України від 12 трав. 1991 р. (в ред. Закону від 15 груд. 1993 р. № 3682-XII). *Відомості Верховної Ради України*. 1994. № 1. Ст. 1. Ред. від 19.11.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12#top> (дата звернення: 14.09.2023).
146. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України від 2 берез. 2015 р. № 222-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2015. № 23. Ст. 158. Ред. від 09.07.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
147. Про медіацію : Закон України від 16 листоп. 2021 р. № 1875-IX. *Відомості Верховної Ради України*. 2022. № 7. Ст. 51.
148. Про практику розгляду судами цивільних справ за позовами про відшкодування шкоди : постанова пленуму Верхов. Суду України від 27 берез. 1992 р. № 6 // Законодавство України / Верхов. Рада України. Дата оновлення: 24.10.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0006700-92#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
149. Про протидію захворюванню на туберкульоз : Закон України від 5 лип. 2001 р. № 2586-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2001. № 49. Ст. 258. Ред. від 31.03.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#top> (дата звернення: 14.09.2023).
150. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22 лют. 2000 р. № 1489-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 19. Ст. 143. Ред. від 03.08.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#top> (дата звернення: 14.09.2023).
151. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 3 груд. 2020 р. № 1053-IX. *Офіційний вісник України*. 2021. № 3. Ст. 121. Ред. від 07.09.2023. URL:

- <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
152. Про судову експертизу : Закон України від 25 лют. 1994 р. № 4038-ХІІ. *Відомості Верховної Ради України*. 1994. № 28. Ст. 232. Ред. від 01.01.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4038-12#top> (дата звернення: 14.09.2023).
153. Про судову експертизу в кримінальних і цивільних справах : постанова пленуму Верхов. Суду України від 30 трав. 1997 р. № 8 // Законодавство України / Верхов. Рада України. Дата оновлення: 25.05.1998. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0008700-97#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
154. Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди : постанова пленуму Верхов. Суду України від 31 берез. 1995 р. № 4 // Законодавство України / Верхов. Рада України. Дата оновлення: 27.02.2009. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0004700-95#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
155. Про судову практику в справах про відшкодування шкоди, заподіяної підприємствам, установам, організаціям їх працівниками : постанова пленуму Верхов. Суду України від 29 груд. 1992 р. № 14 // Законодавство України / Верхов. Рада України. Дата оновлення: 03.12.1997. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0014700-92#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
156. Про судову практику у справах про захист гідності та честі фізичної особи, а також ділової репутації фізичної та юридичної особи : постанова Верхов. Суду України від 27 лют. 2009 р. № 1. *Вісник Верховного суду України*. 2019. № 3. С. 7–9.
157. Проведення в Україні кодифікації медичного законодавства: до питання постановки проблеми / Р. О. Стефанчук, А. О. Янчук,

- М. М. Стефанчук, М. О. Стефанчук. *Патологія*. 2018. Т. 15, № 2. С. 242–247.
158. Рабінович П. Універсальний канон людських прав. *Право України*. 2018. № 9. С. 109–123. DOI: 10.33498/Юуи-2018-09-109.
159. Резворович К. Р. Особливості процедури медіації у врегулюванні медичних конфліктів. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2019. № 1. С. 73–76.
160. Резнікова В. В. Досудове врегулювання господарських спорів: необхідність та шляхи реформування. *Університетські наукові записки*. Хмельницький, 2012. № 4. С. 227–238.
161. Рішення (заочне) Залізничного районного суду м. Львова від 11 серпня 2020 р. у справі № 462/1419/20 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/90971720> (дата звернення: 14.09.2023).
162. Рішення Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ від 15 жовтня 2014 р. у справі № 6-29015св14 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/40929984> (дата звернення: 14.09.2023).
163. Рішення Держинського районного суду м. Кривого Рогу Дніпропетровської області від 08 листопада 2021 р. у справі № 210/2600/21 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/101101481> (дата звернення: 14.09.2023).
164. Рішення Конституційного Суду України у справі № 1-2/2002 за конституційним зверненням Товариства з обмеженою відповідальністю "Торговий Дім "Кампус Коттон клуб" щодо офіційного тлумачення положення частини другої статті 124 Конституції України (справа про досудове врегулювання спорів) :

- від 09 лип. 2002 року № 15-рп/2002. *Офіційний вісник України*. 2002. № 28. Ст. 1333.
165. Рішення Крюківського районного суду м. Кременчука від 05 березня 2020 р. у справі № 537/828/19 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/88248795> (дата звернення: 14.09.2023).
166. Рішення Личаківського районного суду м. Львова від 10 листопада 2020 р. у справі № 463/1188/19 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/93255523> (дата звернення: 14.09.2023).
167. Рішення Монастирищенського районного суду Черкаської області від 04 серпня 2021 р. у справі № 702/162/21 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/98755394> (дата звернення: 14.09.2023).
168. Рішення Сарненського районного суду Рівненської області від 07 липня 2020 р. у справі № 572/3616/19 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/90286956> (дата звернення: 14.09.2023).
169. Рішення Святошинського районного суду м. Києва від 02 жовтня 2018 р. у справі № 759/6385/17 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/77619430> (дата звернення: 14.09.2023).
170. Рішення Терехівського районного суду від 26 листопада 2019 р. у справі № 606/2209/17 // Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/86020339> (дата звернення: 14.09.2023).
171. Розгон О. В. Медіація у медичних спорах. *Проблеми модернізації приватного права в умовах євроінтеграції*. Хмельницький, 2015. С. 391–396.

172. Розгон О. В., Устінченко А. М. Способи вирішення конфліктів у медичних правовідносинах. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Право.* 2016. Вип. 22. С. 123–126.
173. Романюк Я. Судова правотворчість в умовах реформування правосуддя: постановка проблеми. *Право України.* 2016. № 10. С. 9–19.
174. Ромащенко І. О. Порядок та форми захисту суб'єктивних цивільних прав та охоронюваних законом інтересів шляхом зміни та припинення правовідношення. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Юридичні науки.* 2017. Т. 1, № 3. С. 110–115.
175. Рязанцев О., Рязанцева Н. Теоретичні засади процесу доказування у цивільному судочинстві. *Актуальні проблеми сучасної освіти та науки в контексті євроінтеграційного поступу : матеріали V міжнар. наук.-практ. конф. (23–24 трав. 2019 р.).* Луцьк, 2019. С. 146–151.
176. Самілик Л. О., Огнев'юк Т. В. Стандарти доказування у цивільному судочинстві. *Нове українське право.* 2022. № 2. С. 80–86. DOI: 10.51989/NUL.2022.2.11.
177. Самофалов О. Л., Сергієнко Ю. Л. Визначення поняття моральної шкоди та правових засад її відшкодування в законодавстві України. *Теоретичні та практичні проблеми розвитку кримінального права і процесу : матеріали VIII всеукр. наук.-практ. семінару (6 груд. 2019 р.).* Івано-Франківськ, 2019. С. 80–85.
178. Сафонова Т., Моїсеєнко Д. Електронні докази як засіб доказування в цивільному процесі. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право.* 2022. Вип. 71. С. 141–145. DOI: 10.24144/2307-3322.2022.71.23.

179. Свистун Л. Я. Деякі питання цивільно-правової відповідальності у сфері надання медичних послуг. *Право і суспільство*. 2015. № 5. 79–84.
180. Свистун Л. Я. Розмежування договірної та деліктної відповідальності у сфері надання медичних послуг. *Науковий вісник публічного та приватного права*. Київ, 2015. Вип. 1. С. 28–34.
181. Сенюта І. Я. Захист прав суб'єктів медичних правовідносин: деякі теоретико-правові аспекти. *Бюлетень Міністерства юстиції України*. 2011. № 4. С. 11–18.
182. Сенюта І. Я. Підстава виникнення правовідносин у сфері надання медичної допомоги: деякі аспекти. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Право. 2018. Вип. 50, т. 1. С. 107–110.
183. Сенюта І. Правочин як підстава виникнення цивільних правовідносин у сфері надання медичної допомоги. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. № 6. С. 66–70.
184. Сенюта І. Я. Цивільно-правова відповідальність у сфері надання медичної допомоги: окремі аспекти. *Вісник Національної асоціації адвокатів України*. 2019. № 7/8. С. 56–61.
185. Сенюта І. Я. Цивільно-правове регулювання відносин у сфері надання медичної допомоги: питання теорії і практики : монографія. Львів : Медицина і право, 2018. 640 с.
186. Симбірська Є. В. Теорія доказування у цивільному судочинстві: сучасний правовий вимір. *Наукові праці Національного авіаційного університету*. Серія: Юридичний вісник «Повітряне і космічне право». 2019. № 2. С. 98–104.
187. Сміянов В. А. Аналіз існуючої системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області. *Україна. Здоров'я нації*. 2014. № 3. С. 102–108.

188. Совгиря О. В., Шукліна Н. Г. Конституційне право України. Повний курс : навч. посіб. Київ : Юрінком Інтер, 2019. 556 с.
189. Стеценко В. Ю. Адміністративно-правові засади забезпечення якості медичної допомоги. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Правознавство*. 2012. Т. 17, вип. 1/2. С. 147–153.
190. Стеценко С. Медичне право України: міфи та реалії. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку : матеріали I всеукр. наук.-практ. конф. (19–20 квіт. 2007 р.)*. Львів, 2007. С. 302–307.
191. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. Медичне право України : підручник. Київ : Правова єдність, 2008. 507 с.
192. Стецюк Л. Л. Самозахист як форма захисту цивільних прав. *Університетські наукові записки*. Хмельницький, 2008. № 3. С. 151–158.
193. Стратонов В. М., Гавловська А. О. Поняття та зміст правового статусу споживача медичних послуг. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Право*. 2020. Вип. 30. С. 51–56. DOI: 10.26565/2075-1834-2020-30-05.
194. Телічак І. Я. Відповідальність медичних працівників // Міністерство юстиції України. URL: [https://minjust.gov.ua/m/str\\_35697](https://minjust.gov.ua/m/str_35697) (дата звернення: 14.09.2023).
195. Ткачук О. С. Реалізація судової влади у цивільному судочинстві України: структурно-функціональний аспект : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.03 / Харків. нац. ун-т ім. В. Н. Каразіна. Харків, 2016. 38 с.
196. Токарева К. С. Медіація у спорах щодо охорони здоров'я. *Наше право*. 2020. № 4. С. 39–46. DOI 10.32782/NP.2020.4.7.
197. Тофтул М. Г. Сучасний словник з етики. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. 416 с.

198. Трегубов Е. Л. Право на справедливий суд в практиці європейського суду з прав людини // Форум права. 2010. № 1. С. 358–363. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP\\_index](http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index) (дата звернення: 14.09.2023).
199. Феннич В. Оцінка електронних доказів у цивільному процесі (на прикладах окремих категорій судових справ). *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2022. Вип. 71. С. 370–375. DOI: 10.24144/2307-3322.2022.71.63.
200. Філюк А. Організування системи контролю якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України : матеріали доп. всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (31 трав. 2022 р.)*. Тернопіль, 2022. С. 518–521.
201. Ханік-Посполітак Р., Посполітак В. «Досудове», «альтернативне», «позасудове» врегулювання/вирішення приватноправових спорів: співвідношення понять. *Підприємництво, господарство і право*. 2019. № 1. С. 38–44.
202. Цивільне процесуальне право України (Загальна частина) : підручник / О. В. Гетманцев, Л. А. Кондрат'єва, Л. А. Остафійчук, А. Л. Паскар, І. Ю. Татулич. Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2022. 412 с.
203. Цивільний кодекс України : від 16 січ. 2003 р. № 435-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 40/44. Ст. 356. Ред. від 03.09.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
204. Цивільний процесуальний кодекс України : від 18 берез. 2004 р. № 1618-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2004. № 40/41, 42. Ст. 492. Ред. від 07.09.2023. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1618-15#Text> (дата звернення: 14.09.2023).

205. Цивільно-правова відповідальність у сфері надання медичних послуг: наукові дослідження та інновації в галузі суспільно-гуманітарних наук : зб. матеріалів I Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Мелітополь, 24 листоп. 2021 р.). Мелітополь : ТДАТУ, 2021. Ч. 1. 581 с.
206. Цісар Г. І., Дяченко С. В. Реалізація принципу верховенства права через призму електронного судочинства: теоретичні та практичні підходи. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. Дніпро, 2018. Вип. 6, т. 1. С. 111–114.
207. Цувіна Т. А. Національні механізми виконання угод за результатами медіації: досвід країн ЄС та українські перспективи. *Проблеми законності*. Харків, 2022. С. 110–123. DOI: 10.21564/2414-990X.158.264998.
208. Цувіна Т. А. Право на доступ до суду: підхід ЄСПЛ. *Підприємництво, господарство і право*. 2020. № 4. С. 60–69. DOI: 10.32849/2663-5313/2020.4.10.
209. Цюра Т. В. Суб'єкти доказування та оцінки доказів у цивільному процесі : автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України. Київ, 2005. 17 с.
210. Чудик Н. Судова реформа – вагомий крок до європейського правосуддя. *Актуальні проблеми правознавства*. 2017. № 3. С. 193–196.
211. Шатковський Я. М. Інститут медіації як спосіб захисту репродуктивних прав громадян. *Стратегія розвитку України*. 2011. № 1. С. 183–185.
212. Шемшученко Ю. С. Судова реформа в Україні у світлі європейського досвіду: конституційний аспект. *Часопис цивільного і кримінального судочинства*. 2016. № 6. С. 47–59.

213. Шинкар Т. Сутність процедур примирення у системі альтернативного вирішення юридичних конфліктів (спорів). *Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: Юридичні науки.* 2017. № 876. С. 219–226.
214. Шишацька Н. Ф. Права пацієнтів у міжнародних документах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2013. № 4. С. 84–86.
215. Штогун С. Г. Судова реформа чи косметичний ремонт системи судової влади // Часопис Національного університету «Острозька академія». Серія: Право. 2016. № 2(14). С. 1–13. URL: <https://lj.oa.edu.ua/articles/2016/n2/16sshsv.pdf> (дата звернення: 14.09.2023).
216. Щирба М. Ю. Правовий статус пацієнтів: теоретико-правове дослідження : дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.01 / Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Нац. ун-т «Львів. політехніка. Луцьк, 2020. 519 с.
217. Щукін О. С. Правовий статус медичних працівників за трудовим законодавством України : автореф. дис. .. канд. юрид. наук: 12.00.05/ Одес. нац. юрид. акад. Одеса, 2005. 21 с.
218. Юхтенко Л. Досудове врегулювання спору шляхом проведення переговорів за допомогою судді в адміністративному судочинстві. *Юридичний вісник.* 2013. № 3. С. 106–112.
219. Ясинок М. М. Доступ до правосуддя як важлива гарантія демократичного суспільства. *Університетські наукові записки. Хмельницький,* 2013. № 1. С. 79–85.
220. A Survey of Sued and Nonsued Physicians and Suing Patients / R. S. Shapiro, D. E. Simpson, S. L. Lawrence and others. *Archives of Internal Medicine.* 1989. Vol. 149, Iss. 10. P. 2190–2196. DOI: 10.1001/archinte.1989.00390100028008.

221. Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience / M. Bismark, E. Dauer, R. Paterson, D. Studdert. *Canadian Medical Association Journal*. 2006. Vol. 175, Iss. 8. P. 889–894. DOI: 10.1503/cmaj.060429.
222. An Analysis of Causative Factors in Closed Criminal Medical Malpractice Cases of the Taiwan Supreme Court: 2000–2014 / K.-H. Wu, S. Y. Cheng, Y. L. Yen and others. *Legal Medicine*. 2016. No. 23. P. 71–76. DOI: 10.1016/j.legalmed.2016.10.001.
223. Analysis of Chilean Supreme Court Rulings in Medical Malpractice Cases, 2014–2015 / G. Raineri Bernain, L. Bravo Rodríguez, D. Lagos Tissie, L. Ciocca Gómez. *Revista Espanola De Medicina Legal*. 2019. Vol. 45, Iss. 3. P. 108–113. DOI: 10.1016/j.reml.2018.06.004.
224. Baker P. Bush campaigns to curb lawsuits. *Washington Post*. 2005. 6 January. P. A6.
225. Baker T. *The Medical Malpractice Myth*. Chicago : University of Chicago Press, 2005. 222 p.
226. Bal B. S. An introduction to medical malpractice in the United States. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2009. Vol. 467, Iss. 2. P. 339–347. DOI: 10.1007/s11999-008-0636-2.
227. Bauloz C. Foreigners: Wanted Dead or Alive?: Medical Cases before European Courts and the Need for an Integrated Approach to Non-Refoulement. *European Journal of Migration and Law*. 2016. Vol. 18, Iss. 4. P. 409–441. DOI: 10.1163/15718166-12342108.
228. Bove K. E., Iery C. The Role of the Autopsy in Medical Malpractice Cases, I: A Review of 99 Appeals Court Decisions. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 2002. Vol. 126, Iss. 9. P. 1023–1031. DOI: 10.5858/2002-126-1023-TROTAI.
229. Bowman M. A. Risk Management and medical malpractice. *Am Fam Physician*. 1992. Vol. 45, Iss. 4. P. 1741–1745.

230. Butrime E., Zuzevičiute V. Network-Based Continuous Education Opportunities: Case of X Medical University in Lithuania. *Professional Development and Workplace Learning: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications*. IGI Global, 2015. P. 1079–1096. DOI: 10.4018/978-1-4666-8632-8.ch060.
231. Civilinio proceso kodeksas Lietuvos Respublikos : 2002 m. vasario 28 d. Nr. IX-743 // Lietuvos Respublikos Seimas. Atnaujinimo data: 2023-01-01. URL: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.162435?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=3224d35a-196c-453c-a443-ab92c9c3ab45> (prieigos data: 2023-07-16).
232. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation / D. M. Studdert, M. M. Mello, A. A. Gawande. *New England Journal of Medicine*. 2006. Vol. 35, Iss. 19. P. 2024–2033. DOI: 10.1056/NEJMsa054479.
233. Clinical complaints: a means of improving quality of care / P. Bark, C. Vincent, A. Jones, J. Savory. *Qual Health Care*. 1994. Vol. 3, Iss. 3. P. 123–132. DOI: 10.1136/qshc.3.3.123.
234. Coronavirus disease (COVID-19) // World Health Organization. URL: [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1) (Last accessed: 14.09.2023).
235. Danzon P. M. The “Crisis” in Medical Malpractice: A Comparison of Trends in the United States, Canada, the United Kingdom and Australia. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 1990. Vol. 18, Iss. 1-2. P. 48–58. DOI: 10.1111/j.1748-720X.1990.tb01131.x.
236. Dao J. A push in states to curb malpractice costs. *New York Times*. 2005. 14 January. P. A1. URL: <https://www.nytimes.com/2005/01/14/us/a-push-in-states-to-curb-malpractice-costs.html> (Last accessed: 14.09.2023).

237. De Ville K. Medical Malpractice in Twentieth Century United States: The Interaction of Technology, Law and Culture. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1998. Vol. 14, Iss. 2. P. 197–211. DOI: 10.1017/s0266462300012198.
238. Eggen J. M. Medical malpractice screening panels: an update and assessment // *Journal of Health and Life Science Law*. 2013. Vol. 6, No. 3. URL: <https://ssrn.com/abstract=2295126> (Last accessed: 14.09.2023).
239. Hsieh S. Y. An exploratory study of complaints handling and nature. *International Journal of Nursing Practice*. 2012. Vol. 18, Iss. 5. P. 471–480. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2012.02057.x.
240. Izarova I., Vėbraitė V. Towards Effective Medical Disputes Resolution in Ukraine and Lithuania: Comparing Analyses, Challenges and Perspectives. *Ukrainian Healthcare Law in the Context of European and International Law* / eds.: R. Maydanyk, A. den Exter, I. Izarova. Springer, 2022. P. 153–170.
241. Kaminskas, R., Peičius, E. The Development of Medical Sociology in the Post-Soviet Society: The Case of Lithuania. *Central European Journal of Public Health*. 2007. Vol. 15, Iss. 2. P. 74–78.
242. Kennedy I., Grubb A. *Medical Law*. 3rd ed. London : Butterworth, 2000. 2384 p.
243. Korobkin R., Guthrie C. Opening Offers and Out-of-Court Settlement: A Little Moderation May Not Go a Long Way. *The Ohio State Journal on Dispute Resolution*. 1994. Vol. 10, No 1. P. 1–22.
244. Lo B., Steinbrook R. Beyond the Cruzan Case: The U.S. Supreme Court and Medical Practice. *Annals of Internal Medicine*. 1991. Vol. 114, Iss. 10. P. 895–901. DOI: 10.7326/0003-4819-114-10-895.
245. Metzloff T. B. Alternative Dispute Resolution Strategies in Medical Malpractice. *Alaska Law Review*. 1992. Vol. 9, Iss. 2. P. 429–457.
246. Morkūnaitė M. Teisminis pacientų patirtos žalos atlyginimo modelis. *Teisė*. 2017. T. 103. P. 114–131. DOI: 10.15388/Teise.2017.103.10784.

247. Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado / D. M. Studdert, E. J. Thomas, H. R. Burstin and others. *Medical Care*. 2000. Vol. 38, Iss. 3. P. 250–260. DOI: 10.1097/00005650-200003000-00002.
248. Out-of-court Settlement // Longman. URL: <https://www.ldoceonline.com/dictionary/out-of-court-settlement> (Last accessed: 14.09.2023).
249. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo : įstatymas Lietuvos Respublikos 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562 // Lietuvos Respublikos Seimas. Atnaujinimo data: 2023-01-01. URL: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932/asr> (prieigos data: 2023-07-16).
250. Reader T. W., Gillespie A., Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality & Safety*. 2014. Vol. 23, Iss. 8. P. 678–689. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002437.
251. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III / A. R. Localio, A. G. Lawthers, T. A. Brennan and others. *The New England Journal of Medicine*. 1991. Vol. 325, Iss. 4. P. 245–251. DOI: 10.1056/NEJM199107253250405.
252. Sohn D. H., Bal B. S. Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2012. Vol. 470, Iss. 5. P. 1370–1378. DOI: 10.1007/s11999-011-2206-2.
253. Studdert D. M., Mello M. M., Brennan T. A. Medical malpractice. *New England Journal of Medicine*. 2004. Vol. 350, Iss. 3. P. 283–292. DOI: 10.1056/NEJMp035470.
254. The Causes of Medical Malpractice Suits Against Radiologists in the United States / J. S. Whang, S. R. Baker, R. Patel, L. Luk, A. Castro III.

- Radiology*. 2013. Vol. 266, Iss. 2. P. 548–554.  
DOI: 10.1148/radiol.12111119.
255. The Charlie Gard Case: British and American Approaches to Court Resolution of Disputes over Medical Decisions / J. J. Paris, J. Ahluwalia, B. M. Cummings, M. P. Moreland, D. J. Wilkinson. *Journal of Perinatology*. 2017. Vol. 37, Iss. 12. P. 1268–1271.  
DOI: 10.1038/jp.2017.138.
256. The Increasing Medical Malpractice Risk Related to Pressure Ulcers in the United States / R. G. Bennett, J. O'Sullivan, J. M. DeVito, R. Remsburg. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000. Vol. 48, Iss. 1. P. 73–81. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2000.tb03033.x.
257. Wang L., Ma Y. B. Response to medical record management after implementation of the regulations on the prevention and handling of medical disputes. *Chinese Medical Record*. 2018. Vol. 19. P. 1–3.
258. Wattad M. S., Hrevtsova R. Reflections on International Medical Law. *Medicine and Law*. 2011. Vol. 30, Iss. 4. P. 449–460.
259. Yadav M., Rastogi P. A Study of Medical Negligence Cases Decided by the District Consumer Courts of Delhi. *Journal of Indian Academy of Forensic Medicine*. 2015. Vol. 37, Iss. 1. P. 50–55. DOI:10.5958/0974-0848.2015.00011.
260. Yin T., Liu Z., Xu Y. Analysis of Crisis Management of Medical Disputes in China and Australia: A Narrative Review Article. *Iranian Journal of Public Health*. 2019. Vol. 48, Iss. 12. P. 2116–2123.