

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені ТАРАСА ШЕВЧЕНКА



РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ПРАВОВІ ГАРАНТІЇ ТА МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції
(Київ, 7 квітня 2026 р.)



*За загальною
редакцією
А. І. Берлача,
Н. А. Литвин,
А. А. Мельник*

**Київ
Талком
2026**

УДК 342.951:61:355

Р 45

Рекомендовано до друку Вченою радою
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
(*протокол № 25 від 25 травня 2026 року*)

Реформування системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану: правові гарантії та механізми реалізації: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 7 квіт. 2026 р.) / за заг. ред. А.І. Берлача, Н.А. Литвин, А.А. Мельник. — К. : Талком, 2026. — 244 с.

ISBN 978-617-8627-56-0

До видання увійшли тези доповідей учасників Всеукраїнської науково-практичної конференції «Реформування системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану: правові гарантії та механізми реалізації». Конференція відбулася в межах Весняної наукової школи медичного права 7–9 квітня 2026 року в Києві. У матеріалах відображено результати досліджень щодо правового забезпечення охорони здоров'я в умовах війни. Окрему увагу приділено медичному забезпеченню, реабілітації та соціальному супроводу військовослужбовців і ветеранів. Розглянуто питання міжвідомчої координації, публічного адміністрування та цифровізації системи охорони здоров'я. Матеріали підкреслюють міждисциплінарний характер досліджень із поєднанням правових, медичних і управлінських підходів. Видання призначене для науковців, викладачів, студентів, практиків і представників органів влади та медичної сфери.

УДК 342.951:61:355

ISBN 978-617-8627-56-0

© Навчально-науковий інститут права
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка, 2026

ЗМІСТ

Вступне слово Васильченко О. П.	7
Вступне слово Дмитрієвої О. О.	9
Вступне слово Приходька Р. В.	11

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА ТРИБУНА

<i>Адамчук Г. О.</i> Цифровий щит охорони здоров'я: правові колізії та механізми реалізації телемедичних послуг в умовах воєнного стану в Україні	13
<i>Адамчук О. Ф., Зверховська В. Ф., Жарлінська Р. Г., Адамчук Г. О.</i> Правова трансформація медичного законодавства України в умовах євроінтеграції: відповідність <i>acquis communautaire</i> ЄС	17
<i>Берлач А. І.</i> Кодифікація ветеранського законодавства як новий етап галузевого розвитку: правові механізми соціалізації та реабілітації ветеранів в Україні	22
<i>Богомазова І. О.</i> Євроінтеграційні аспекти правового регулювання біобанків в Україні: захист генетичної інформації як стратегічний напрям розвитку системи охорони здоров'я	27
<i>Друцул Т. І.</i> Адміністративно-правові засади взаємодії органів публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану	31
<i>Зима О. Т.</i> Адміністративна відповідальність у сфері охорони здоров'я: напрями розвитку	35
<i>Ігнатченко І. Г.</i> Міжнародні та європейські стандарти адміністративно-правового забезпечення права на охорону здоров'я: виклики воєнного часу та перспективи поєвоєнного відновлення в Україні	40
<i>Калмикова О. В.</i> Проблемні питання адміністративно-правової площини медичного забезпечення військовослужбовців збройних сил України	45
<i>Капітаненко Н. П.</i> Особливості адміністративної відповідальності за правопорушення в галузі охорони здоров'я населення	49
<i>Капустник Н. Г.</i> Правові межі трансформації прав пацієнтів в умовах воєнного стану: баланс приватного та публічного інтересів	53
<i>Кокошко М. В.</i> Інтеграція сучасних реабілітаційних технологій у систему державної політики охорони здоров'я військовослужбовців: адміністративно-правові виклики	56

<i>Кочугур І. В.</i> Оптимізація якості медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій воєнного характеру: медико-правовий підхід	60
<i>Кривенко О. І., Капустник В. В.</i> Правові та організаційні виклики реорганізації закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану: перехід від КНП до КНТ	64
<i>Леоніць І. В.</i> Роль фізичної реабілітації у забезпеченні інклюзивного освітнього середовища в умовах воєнного стану	67
<i>Литвин Н. А.</i> Компетенційна модель у сфері ветеранської політики: нормативно-правові проблеми та виклики	70
<i>Мацелюх І. А.</i> Правове забезпечення гендерно орієнтованої медичної та психологічної реабілітації ветеранів війни: актуальні проблеми та шляхи вдосконалення	74
<i>Мельник А. А.</i> Юридична відповідальність медичних працівників: теоретико-правові аспекти	78
<i>Муляр Г. В.</i> Правові гарантії доступу до медичної допомоги в умовах воєнного стану: проблеми реалізації та напрями вдосконалення	83
<i>Осадча Я. О.</i> Правові механізми модернізації та реалізації реформ системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану	87
<i>Політова А. С.</i> Безоплатна медична допомога для ветеранів та ветеранок: окремі аспекти	91
<i>Проневич О. С.</i> Здоровоохоронно-правова компонента національної програми адаптації законодавства України до права Європейського Союзу (acquis ЄС)	96
<i>Ситник Д. В.</i> Правові та організаційні проблеми доступу військовослужбовців до медичної допомоги у цивільній системі охорони здоров'я України	104
<i>Сотніченко М. М.</i> Соціально-правові засади забезпечення лікування, реабілітації та соціально-медичного супроводу військовослужбовців і ветеранів: роль соціальної роботи у військах	108
<i>Стременовський С. М., Ковбиш А. М.</i> Правові гарантії реабілітації військовослужбовців із травмами слуху та вестибулярного апарату в умовах воєнного стану: від військово-медичних комісій до спеціалізованих реабілітаційних програм	111

<i>Сусак М. С.</i> Гендерні аспекти реабілітації ветеранів війни: прогалини правового регулювання та шляхи їх подолання	116
<i>Чепкова К.О.</i> Забезпечення права дитини на охорону здоров'я під час збройного конфлікту	120
<i>Шевчук В. Л., Микитенко Д. А.</i> Телемедицина як інструмент забезпечення права на охорону здоров'я в умовах воєнного стану . . .	123

Трибуна Молодого Вченого

<i>Александрова В. О.</i> Правові гарантії забезпечення ментального здоров'я жінок у післяпологовий період в умовах воєнного стану: євроінтеграційний вектор	127
<i>Аношин Є. М.</i> Особливості реформування системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та організація надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям та ветеранкам . . .	131
<i>Аношина Т. В.</i> Особливості реформування системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та організація надання кардіореабілітації військовослужбовцям та ветеранам	134
<i>Бондаренко С. Ю.</i> Система охорони здоров'я як інфраструктурна основа підтримання національної та державної безпеки в умовах воєнного стану	137
<i>Борецька С. О.</i> Правовий режим функціонування системи охорони здоров'я під час воєнного стану	142
<i>Вихор Я. С.</i> Правові гарантії надання медичної допомоги особам з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)	147
<i>Говорушак Є. Д.</i> Правові аспекти протезування та забезпечення технічними засобами реабілітації військовослужбовців	151
<i>Єрмольєва К. А.</i> Порівняльно-правовий аналіз регулювання організації та проведення профілактичних щеплень в Україні та Польщі: шляхи вдосконалення національного законодавства . . .	155
<i>Ищенко О. О.</i> Права пацієнтів та правові основи охорони здоров'я в Україні	159
<i>Киюк К. О.</i> Медичний нейтралітет у системі міжнародного гуманітарного права	164
<i>Лада В. О.</i> Особливості правового режиму медичних закладів на тимчасово окупованих територіях	169

<i>Мамка В. В.</i> Судовий захист прав військовослужбовців та членів їхніх сімей у контексті встановлення юридично значущих фактів в умовах воєнного стану	175
<i>Махно А. А.</i> Нормативно-правові засади здійснення тріажу в умовах бойових дій: досвід України та НАТО	179
<i>Махно В. А.</i> Інституційне забезпечення реабілітації ветеранів в сполучених штатах Америки	184
<i>Маховик А. О.</i> Проблемні аспекти реалізації військовослужбовцями права на конфіденційність медичної інформації	189
<i>Мацелюх А. В.</i> Гендерно орієнтована реабілітація ветеранів: зарубіжний досвід та перспективи імплементації в Україні	193
<i>Михайліченко О. С.</i> Інноваційно-правове значення психоделічно асистованої терапії: новели міжнародної практики та імплементація в Україні	197
<i>Пайос А. Є.</i> Використання нейротехнологій і VR-терапії у психологічній реабілітації ветеранів в Україні: медичні та правові аспекти	202
<i>Покальчук І. С.</i> Соціально-медичний супровід військовослужбовців і ветеранів: нормативно-правові гарантії та практичні виклики ...	206
<i>Салісов А. М.</i> Стандарти медичної допомоги в умовах телемедицини у часи воєнного стану: визначення відповідальності лікаря та гарантії прав пацієнта	211
<i>Сірко Н. О.</i> Проблеми реалізації права на безоплатне лікування для військовослужбовців	216
<i>Товкач І. А.</i> Правовий супровід реабілітації військовослужбовців: механізми реалізації та виклики воєнного стану	221
<i>Чайло Є. В.</i> Правові гарантії лікування, реабілітації та соціально-медичного супроводу військовослужбовців і ветеранів	225
<i>Чапська О. С.</i> Доступ ветеранів до якісних медичних послуг в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення в умовах сучасних викликів	229
<i>Чижмак У. В.</i> Гарантії реалізації права на медичну допомогу	233
<i>Ярова Т. О.</i> Механізми правового регулювання процесу протезування військовослужбовців	238

ШАНОВНІ УЧАСНИКИ КОНФЕРЕНЦІЇ, КОЛЕГИ, НАУКОВЦІ, ПРАКТИКИ ТА ЗДОБУВАЧІ ОСВІТИ!

Щиро вітаю вас із виходом збірника тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції «Реформування системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану: правові гарантії та механізми реалізації».

Проведення цієї конференції та підготовка збірника тез є важливим внеском у розвиток сучасної наукової дискусії щодо функціонування системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану, а також формування ефективних правових механізмів забезпечення права людини на медичну допомогу. Сьогодні питання реформування медичної галузі виходять далеко за межі суто галузевого регулювання, адже вони безпосередньо пов'язані із забезпеченням національної безпеки, захистом прав людини, стійкістю державних інституцій та здатністю держави реагувати на сучасні кризові виклики.

Повномасштабна збройна агресія російської федерації суттєво трансформувала підходи до організації медичної допомоги, роботи закладів охорони здоров'я, забезпечення медичних працівників та функціонування системи реабілітації. Водночас воєнний стан актуалізував необхідність удосконалення нормативно-правового регулювання у сфері медичного права, розвитку ефективної міжвідомчої взаємодії, впровадження сучасних цифрових рішень та посилення гарантій доступності медичних послуг для військовослужбовців, ветеранів і цивільного населення.

Особливу цінність становить міждисциплінарний характер представлених у збірнику наукових досліджень. Матеріали тез охоплюють широкий спектр актуальних проблем — від правових аспектів організації медичної допомоги та реабілітації до питань державної політики у сфері охорони здоров'я, цифровізації медичних послуг, розвитку трансплантології, психологічної підтримки та соціальної адаптації осіб, які постраждали внаслідок війни.

Важливо, що представлені у збірнику напрацювання мають не лише теоретичне, а й вагоме практичне значення. Висловлені авторами пропозиції можуть стати основою для подальшого вдосконалення законодавства, розвитку державної політики та

формування сучасної моделі системи охорони здоров'я України, орієнтованої на потреби людини, принципи доступності, ефективності та дотримання міжнародних стандартів.

Висловлюю щиро вдячність організаторам конференції, науковцям, практикам, представникам органів державної влади, медичної спільноти та всім авторам тез доповідей за активну участь у науковому діалозі, високий рівень професійної дискусії та небайдужість до питань розвитку медичної та правової систем України.

Бажаю всім учасникам нових наукових здобутків, професійного розвитку, плідної співпраці та успішної реалізації ініціатив, спрямованих на розбудову сучасної, доступної та ефективної системи охорони здоров'я України.

*З повагою,
директорка Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету імені Тараса Шевченка,
докторка юридичних наук, професорка,
заслужена юристка України
Оксана ВАСИЛЬЧЕНКО*

ШАНОВНІ НАУКОВЦІ, ВИКЛАДАЧІ, СТУДЕНТИ, ПРАКТИКИ, ПРЕДСТАВНИКИ ОРГАНІВ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАДИ ТА ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА!

Збірник тез доповідей, підготовлений за результатами цієї конференції, є вагомим внеском у наукове та практичне осмислення актуальних викликів у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення України. Представлені у ньому матеріали відображають сучасний стан наукових досліджень, професійних дискусій та практичних напрацювань, спрямованих на вдосконалення системи медичного забезпечення населення та формування ефективних механізмів реалізації права на охорону здоров'я.

Система охорони здоров'я України сьогодні функціонує в умовах безпрецедентних викликів, пов'язаних із триваючою збройною агресією російської федерації та наслідками воєнного стану. Руйнування медичної інфраструктури, значне навантаження на медичних працівників, збільшення кількості осіб, які потребують невідкладної допомоги, лікування та реабілітації, вимагають не лише забезпечення стійкості системи охорони здоров'я, а й комплексного переосмислення підходів до організації медичної допомоги та державної політики у цій сфері.

Особливого значення набуває формування ефективної моделі медичного забезпечення військовослужбовців, ветеранів війни та постраждалого цивільного населення. Така модель має ґрунтуватися на принципах доступності, безперервності та комплексності медичної допомоги і передбачати своєчасний доступ до лікування, розвиток сучасної системи фізичної та психологічної реабілітації, впровадження мультидисциплінарних підходів до відновлення здоров'я та соціальної адаптації. Важливим є також забезпечення належної взаємодії між різними рівнями медичної допомоги, координації дій органів державної влади та узгодженості управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.

Матеріали збірника демонструють високий рівень наукової дискусії, міждисциплінарного підходу та практичної орієнтованості досліджень. Представлені авторами пропозиції мають важливе значення для подальшого вдосконалення законодавства,

розвитку державної політики у сфері охорони здоров'я та формування сучасної системи медичного забезпечення в Україні.

Переконана, що напрацювання, представлені у збірнику, сприятимуть посиленню наукового діалогу, розвитку міжвідомчої співпраці, впровадженню сучасних медичних технологій та подальшому реформуванню системи охорони здоров'я України відповідно до потреб суспільства та викликів сьогодення.

*З повагою,
народна депутатка України,
заступниця голови Комітету з питань здоров'я нації,
медичної допомоги та медичного страхування,
голова підкомітету з питань сучасних медичних технологій
та розвитку трансплантології,
заслужена лікарка України
Оксана ДМИТРІЄВА*

ШАНОВНІ УЧАСНИКИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ!

Всеукраїнська науково-практична конференція «Реформування системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану: правові гарантії та механізми реалізації» об'єднала наукову спільноту, представників державних інституцій, медичної та правничої сфер навколо обговорення надзвичайно важливих для України питань. Підготовлений за результатами конференції збірник тез доповідей відображає актуальні напрями наукових досліджень і практичних напрацювань, спрямованих на вдосконалення системи охорони здоров'я та забезпечення належного рівня соціального і медичного захисту населення в умовах воєнного стану.

Матеріали збірника відображають результати фахового осмислення актуальних викликів у сфері функціонування системи охорони здоров'я, забезпечення прав людини у сфері медичної допомоги, а також формування та реалізації державної ветеранської політики в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення України. Представлені наукові напрацювання охоплюють широкий спектр проблем — від нормативно-правового забезпечення доступу до медичної допомоги та реабілітації до питань психологічної підтримки, соціальної адаптації та інтеграції ветеранів у мирне життя.

Для Міністерства у справах ветеранів України пріоритетним залишається формування цілісної, ефективної та людиноцентрованої системи підтримки військовослужбовців, ветеранів війни та членів їхніх родин. Йдеться не лише про нормативне закріплення відповідних гарантій, а насамперед про створення реальних і доступних механізмів їх практичної реалізації. Особливого значення набувають питання забезпечення своєчасної медичної допомоги, фізичної та психологічної реабілітації, супроводу осіб із бойовою травмою, підтримки членів сімей загиблих Захисників і Захисниць України, а також створення умов для гідного повернення ветеранів до активного суспільного та професійного життя.

Матеріали збірника свідчать про високий рівень міждисциплінарного підходу до дослідження зазначених проблем та містять низку практичних пропозицій, спрямованих на вдосконалення

державної політики, підвищення ефективності механізмів захисту прав людини та зміцнення системи медичного і соціального забезпечення в Україні.

Переконаний, що результати наукових дискусій та представлені у збірнику напрацювання сприятимуть подальшому розвитку національної системи охорони здоров'я, посиленню системності та узгодженості державної ветеранської політики, а також формуванню ефективних механізмів підтримки Захисників і Захисниць України.

Бажаю учасникам конференції нових наукових здобутків, плідної співпраці, професійного розвитку та успішної реалізації всіх ініціатив, спрямованих на утвердження в Україні сучасної, доступної та ефективної системи охорони здоров'я і соціального захисту.

*З повагою,
Заступник Міністра у справах ветеранів України
Руслан ПРИХОДЬКО*

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА ТРИБУНА

*Адамчук Ганна Олександрівна,
викладачка кафедри судової медицини та права
Вінницького національного медичного університету
ім. М.І. Пирогова
(м. Вінниця, Україна)*

ЦИФРОВИЙ ЩИТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРАВОВІ КОЛІЗІЇ ТА МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ТЕЛЕМЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Після початку повномасштабного вторгнення телемедицина набула якісно нового значення, перетворившись на один із ключових та критично важливих інструментів забезпечення комунікації між суб'єктами у сфері охорони здоров'я.

Правове регулювання телемедицини в умовах воєнного стану — це баланс між доступністю надання послуг у сфері охорони здоров'я та правовим регламентом надання медичної та психологічної допомоги згідно з чинним законодавством для людей, котрі опинилися на фронтових та прифронтових територіях, та лікарів, які боронять країну.

Станом на 2024 рік за офіційними даними МОЗ України було зруйновано понад 1600 об'єктів медичної інфраструктури. У таких умовах телемедицина трансформувалась з інноваційного нововведення до безальтернативного механізму реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я, особливо на тимчасово окупованих територіях.

Проте стрімка імплементація цифрових рішень випередила правове регулювання. Виникла низка колізій: з одного боку — необхідність надання послуг телемедицини, а з іншого — відсутність чітких правових гарантій професійної діяльності.

Основним вектором реформування телемедицини в умовах воєнного стану став Наказ МОЗ від 17.09.2022 №1695 «Про затвердження Порядку надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях» [1]. Цей нормативно-правовий акт дозволив спростити механізм доступу до медичної допомоги. Відтепер телемедицина — це не тільки консультативна допомога, але й комплексна діагностика, лікування та реабілітація.

У той же час виникає певна проблематика, яка потребує дотримання ліцензійних вимог, а саме врегулювання місця провадження господарської діяльності із застосуванням інформаційно-комунікаційних систем.

Згідно з ліцензійними вимогами, затвердженими Постановою КМУ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» № 285 від 02.03.2016 року, медична практика провадиться за визначеною адресою (місцем провадження господарської діяльності) [2]. Попри це специфіка телемедицини фактично має транскордонний характер, тому необхідно на законодавчому рівні закріпити статус «віртуального робочого місця» надавача послуг, що дозволить легалізувати дистанційну роботу лікаря поза межами юридичної адреси суб'єкта господарювання без порушення ліцензійних умов.

Врегулювання територіального аспекту діяльності стане першим кроком до вдосконалення надання телемедичних послуг у сфері охорони здоров'я.

Наступним викликом є визначення меж юридичної відповідальності медичного працівника, який надає послуги, застосовуючи інформаційно-комунікаційну систему. Адже цифровізація медицини в умовах воєнного стану породжує не лише можливості, але й правові ризики, пов'язані з деліктною відповідальністю та захистом персональних даних пацієнтів.

Критично важливим викликом при наданні телемедичних послуг у галузі охорони здоров'я є дотримання клінічних протоколів, більшість яких розраховані на надання медичної допомоги в умовах безпосереднього фізичного контакту «лікар-пацієнт». Зазначені стандарти встановлюють обов'язковість проведення фізикального огляду пацієнта, що унеможлиблює реалізацію та дотримання повного алгоритму дій, встановлених протоколами надання медичної допомоги під час дистанційного консультування з застосуванням інформаційно-комунікаційних систем. Невиконання будь-якої частини протоколу може трактуватися як неналежає надання медичної допомоги і створити для лікаря додатковий ризик притягнення до юридичної відповідальності.

З метою забезпечення медичної допомоги та правової захищеності лікаря необхідно впровадити нормативно-правові акти

та протоколи надання медичної допомоги з застосуванням інформаційно-комунікаційної системи, які будуть чітко регламентувати допустимі межі надання такої допомоги.

Адаптація клінічних протоколів до цифрових реалій дозволить легалізувати дії медичного працівника в інформаційному просторі та забезпечити пацієнту стандарт допомоги, що відповідає викликам воєнного часу та сучасним потребам.

Не менш важливим аспектом реалізації телемедичних послуг у правовому аспекті є інформована згода пацієнта. Закон України «Основи законодавства України у сфері охорони здоров'я» регламентує, що медичне втручання провадиться за умови надання пацієнтом такої згоди [3]. Загалом практикується письмова або усна форма у присутності свідків, а тепер потрібно впровадити електронну форму з накладенням КЕП, який відповідно до чинного законодавства України про електронні послуги прирівнюється до фізичного підпису [4]. Проте імперативне запровадження інформованої згоди може спричинити низку практичних ускладнень, особливо в умовах воєнного стану. Значна частина пацієнтів можуть не мати доступу до засобів електронної ідентифікації з різних причин, тому доцільним є запровадження альтернативної моделі фіксації інформованої згоди у телемедицині, яка б поєднувала способи верифікації та підпису в межах телемедичної платформи.

Разом з тим впровадження спрощених моделей ідентифікації пацієнта актуалізує іншу проблему — забезпечення цілісності та конфіденційності переданих даних. Адже електронний підпис є не лише інструментом підтвердження волевиявлення особи, але й ключовим елементом забезпечення автентичності, цілісності та незмінності електронних медичних даних. За відсутності належних правових підстав та технічних умов існує ризик несанкціонованого доступу до медичної інформації, що може мати наслідки не лише для фізичної особи, але й для інтересів національної безпеки держави в умовах збройної агресії. Тобто, таким чином, легалізація дистанційної форми інформованої згоди має нерозривно супроводжуватися побудовою стійкої системи кіберзахисту телемедичних комунікацій.

Несанкціонований доступ до баз даних, що містять відомості про стан здоров'я, поранення чи дислокацію військовослужбовців та цивільного населення на прифронтових територіях, може

бути використаний ворогом для розвідувальних цілей або дестабілізації соціальної ситуації. Відтак легалізація дистанційних послуг має супроводжуватися впровадженням суворих протоколів шифрування, використанням захищених хмарних сховищ та впровадженням багаторівневої автентифікації користувачів. Побудова стійкої системи кіберзахисту є невід'ємною умовою функціонування «цифрового щита», адже будь-яка вразливість інформаційної системи нівелює довіру пацієнта до телемедицини та створює прямі загрози інтересам держави.

Військова агресія наділила телемедицину інноваційними та життєво необхідними аспектами реалізації та впровадження у практичну діяльність лікаря та розглядається як інструмент, який дозволяє громадянами України реалізувати своє право на охорону здоров'я. Втім значний прогрес телемедицини передував законодавчому закріпленню її статусу, тому держава має невідкладно розв'язати правові вузли через комплексний підхід та впровадження гнучкого, але захищеного механізму реалізації надання медичної допомоги з використанням інформаційно-комунікаційної системи. Тільки через таку комплексну трансформацію права ми зможемо перетворити телемедицину з вимушеного кроку воєнного часу на стійку, сучасну та юридично захищену систему, де цифрові технології слугуватимуть надійним гарантом безпеки як для пацієнта, так і для лікаря.

Список використаних джерел

1. Про затвердження Порядку надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях: Наказ МОЗ від 17.09.2022 №1695. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1155-22#Text> (дата звернення: 17.03.2026).

2. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/285-2016-%D0%BF> (дата звернення: 17.03.2026).

3. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2801-ХІІ від 19.11.1992. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2801-12> (дата звернення: 17.03.2026).

4. Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги: Закон України № 2155-VIII від 05.10.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2155-19> (дата звернення: 17.03.2026).

Адамчук Оксана Феліксівна,
кандидатка юридичних наук,
доцентка кафедри судової медицини та права
Вінницького національного медичного університету
ім. М.І. Пирогова (м. Вінниця, Україна)

Зверховська Валентина Францівна,
кандидатка юридичних наук,
доцентка кафедри судової медицини та права
Вінницького національного медичного університету
ім. М.І. Пирогова (м. Вінниця, Україна)

Жарлінська Раїса Григорівна,
кандидатка економічних наук,
доцентка кафедри судової медицини та права
Вінницького національного медичного університету
ім. М.І. Пирогова (м. Вінниця, Україна)

Адамчук Ганна Олександрівна,
викладачка кафедри судової медицини та права
Вінницького національного медичного університету
ім. М.І. Пирогова (м. Вінниця, Україна)

ПРАВОВА ТРАНСФОРМАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ В УМОВАХ ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ: ВІДПОВІДНІСТЬ ACQUIS COMMUNAUTAIRE ЄС

Європейська інтеграція України передбачає системну трансформацію національного законодавства відповідно до *acquis communautaire* — динамічної правової системи Європейського Союзу (ЄС), яка включає установчі договори, директиви, регламенти, судову практику та інституційні стандарти [1]. Після отримання Україною статусу держави-кандидата процес гармонізації законодавства, зокрема в сфері охорони здоров'я (ОЗ), набув стратегічного пріоритету національної безпеки. В умовах правового режиму воєнного стану система ОЗ України зазнає критичного навантаження та стикається із системними викликами. Водночас саме ці обставини стимулюють прискорення реформування законодавства, спрямованого на інтеграцію до європейської системи стандартизації надання медичної допомоги. Право ЄС у сфері ОЗ характеризується багаторівневою системою регулювання та розмежуванням компетенцій між ЄС та державами-членами відповідно до принципу субсидіарності. Згідно зі статтею 168 Договору

про функціонування ЄС (TFEU) політика ЄС у сфері ОЗ спрямована на забезпечення високого рівня захисту здоров'я людини у всіх політиках Союзу [1]. Водночас управління та фінансування національних систем ОЗ залишається у компетенції держав-членів. У науковій доктрині така модель визначається як змішана (*shared competence model*), що передбачає спільну компетенцію ЄС та держав-членів, де Союз виконує координуючу роль [1]. Значний вплив на розвиток європейського медичного права мала прецедентна практика Суду ЄС. У знакових рішеннях у справах *Kohll v Union des Caisses de Maladie* та *Decker v Caisse de Maladie* було вперше застосовано правовий принцип отримання медичних послуг у межах внутрішнього ринку ЄС. Саме ці рішення стали передумовою прийняття Директиви 2011/24/EU про права пацієнтів у транскордонному медичному обслуговуванні [2]. Таким чином, *acquis* ЄС у сфері ОЗ охоплює не лише нормативні акти, але й стандарти клінічної практики, фармацевтичного регулювання, безпеки медичних виробів та професійної мобільності медичних працівників [1].

Правовою основою гармонізації законодавства України з правом ЄС є Угода про асоціацію між Україною та ЄС, яка передбачає системну апроксимацію національного законодавства до європейських стандартів [3]. Фундаментальним актом українського законодавства у сфері ОЗ є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає правові, організаційні та економічні засади функціонування системи ОЗ [4]. У процесі адаптації українського законодавства до *acquis* ЄС особливе значення мають такі напрями: гармонізація технічного регулювання медичних виробів; адаптація фармацевтичного законодавства; реформування медичної освіти; розвиток системи стандартів медичної допомоги. Порівняльно-правовий аналіз свідчить, що українське законодавство поступово імплементує ключові принципи європейського медичного права, однак цей процес залишається незавершеним та потребує подальшої інституційної підтримки [5].

Одним із ключових напрямів адаптації медичного законодавства є гармонізація клінічних протоколів лікування. У країнах ЄС клінічні стандарти формуються на основі принципів доказової медицини та рекомендацій професійних організацій, ґрунтуються на систематичному аналізі клінічних досліджень та стан-

дартизованих методах оцінювання ефективності лікування. В Україні важливим кроком стало впровадження механізму прямого застосування міжнародних клінічних настанов (guidelines) як «нових клінічних протоколів» [5]. Гармонізація протоколів лікування має декілька правових та практичних наслідків: підвищення якості медичної допомоги; уніфікація стандартів лікування; інтеграція української медицини до європейського медичного простору [6]. В умовах військової агресії РФ особливого значення набуває гармонізація протоколів у сферах військової медицини, травматології, реабілітації та психічного здоров'я, що забезпечує медичну взаємосумісність України з країнами-партнерами при наданні допомоги постраждалим.

Ще одним напрямом гармонізації законодавства є правове регулювання медичних виробів. У Європейському Союзі регулювання медичних виробів здійснюється на основі Regulation (EU) 2017/745 та Regulation (EU) 2017/746 [7]. Ці регламенти встановлюють жорсткі вимоги до безпеки та ефективності медичних виробів; процедури оцінки відповідності; систему постмаркетингового нагляду та функціонування єдиної бази даних EUDAMED. Україна імплементує відповідні стандарти через систему технічних регламентів. Однак порівняльний аналіз показує, що українська модель наразі зберігає певні регуляторні розриви порівняно з європейською, зокрема щодо повноцінного впровадження постмаркетингового нагляду та інтеграції до загальноєвропейської інформаційної мережі EUDAMED [5].

Фармацевтичне регулювання у ЄС базується на Directive 2001/83/EC, яка створює єдиний правовий режим обігу лікарських засобів для людини [8]. Українське законодавство у цій сфері значною мірою відповідає європейським стандартам. Разом із тим міжнародні дослідження OECD та WHO зазначають, що система фармаконагляду України потребує подальшої інтеграції з європейською інформаційною системою EudraVigilance, яка забезпечує обмін даними про побічні реакції лікарських засобів та моніторинг їх безпеки [6; 9].

Однією з важливих сфер є визнання медичних дипломів та професійних кваліфікацій. Правове регулювання визнання професійних кваліфікацій у Європейському Союзі здійснюється на

основі Directive 2005/36/EC [10]. Ця директива передбачає систему автоматичного визнання кваліфікацій для регульованих професій. Водночас механізм автоматичного визнання застосовується між державами-членами ЄС, тоді як для України як держави-кандидата він є стратегічним орієнтиром, досягнення якого потребує повної гармонізації освітніх стандартів. Директива встановлює мінімальні вимоги до освіти медичних працівників, зокрема мінімальну тривалість медичної освіти та обов'язкову клінічну підготовку. Українська система медичної освіти частково відповідає цим вимогам, однак для повної інтеграції необхідно забезпечити: гармонізацію навчальних програм; реформування системи післядипломної освіти; впровадження сучасних методів оцінювання професійних компетентностей [5]. Принагідно зазначимо, що в Україні розпочато системну роботу щодо затвердження професійних стандартів у сфері ОЗ.

Міжнародні дослідження у сфері політики ОЗ, зокрема, European Observatory on Health Systems and Policies, констатують, що трансформація української системи ОЗ спрямована на підвищення ефективності фінансування медичних послуг та покращення їх доступності [5]. У звітах World Health Organization наголошується, що реформа української системи ОЗ має значний потенціал для інтеграції до європейського медичного простору [6]. Greer та ін. підкреслюють, що право ЄС у сфері ОЗ спрямоване на гармонізацію стандартів безпеки медичних технологій та забезпечення мобільності медичних працівників [1]. Отже, трансформація медичного законодавства України відповідно до acquis ЄС є складним і багаторівневим процесом. Порівняльно-правовий аналіз свідчить, що українське законодавство вже частково імплементує норми європейського медичного права, однак процес його повної гармонізації потребує подальшого нормативного та інституційного забезпечення.

Список використаних джерел

1. Greer S., Fahy N., Elliott H. та ін. *Everything You Always Wanted to Know About European Union Health Policies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/384998/health-policy-eu.pdf (дата звернення: 10.03.2026)

2. Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32011L0024> (дата звернення: 10.03.2026)

3. Association Agreement between the European Union and Ukraine. URL: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:22014A0529\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:22014A0529(01)) (дата звернення: 10.03.2026)

4. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 №2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 11.03.2026)

5. European Observatory on Health Systems and Policies. *Health System Review: Ukraine*. Copenhagen, 2022. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-review-ukraine> (дата звернення: 10.03.2026)

6. Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32001L0083> (дата звернення: 10.03.2026)

7. Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32005L0036> (дата звернення: 10.03.2026)

8. World Health Organization. *Health System Transformation in Ukraine*. Geneva, 2023. URL: <https://www.who.int/europe/publications> (дата звернення: 12.03.2026)

9. OECD. *Health Policy Studies: Improving Health Systems in Europe*. Paris: OECD Publishing, 2020. URL: <https://www.oecd.org/health> (дата звернення: 12.03.2026)

10. Regulation (EU) 2017/745 on medical devices. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32017R0745> (дата звернення: 10.03.2026)

*Берлач Анатолій Іванович,
доктор юридичних наук, професор, заслужений юрист України,
завідувач кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету імені Тараса Шевченка,
(м. Київ, Україна)*

КОДИФІКАЦІЯ ВЕТЕРАНСЬКОГО ЗАКОНОДАВСТВА ЯК НОВИЙ ЕТАП ГАЛУЗЕВОГО РОЗВИТКУ: ПРАВОВІ МЕХАНІЗМИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ В УКРАЇНІ

Повномасштабна збройна агресія Російської Федерації проти України зумовила якісну трансформацію суспільно-правових відносин у сфері ветеранської політики. За різними оцінками, від 30 до 50 відсотків військовослужбовців, які повернулися з активних бойових дій, стикаються з тими чи іншими проявами психічних розладів — посттравматичним стресовим розладом, депресією, тривожними станами, розладами адаптації, залежностями. В умовах тривалого збройного конфлікту йдеться про мільйон і більше осіб, які вже повернулися або ще повернуться з війни і потребуватимуть не лише матеріальної підтримки, а й системної правової відповіді держави, зорієнтованої на реабілітацію та повноцінну соціалізацію.

Варто наголосити, що чинний Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22 жовтня 1993 року № 3551-ХІІ [1] — основний нормативний акт у цій сфері впродовж понад тридцяти років — є документом принципово іншої правової логіки. Він побудований як перелік пільг і знижок для різних категорій осіб і відображає компенсаторну модель ветеранської політики. Жодного разу Закон [1] не вживає поняття «психічне здоров'я», не згадує ПТСР, депресію чи суїцидальну поведінку, не передбачає системи реінтеграції ветеранів у цивільне життя і не містить жодного механізму, який би враховував зв'язок між бойовою травмою та поведінкою особи після повернення.

Доречно підкреслити, що станом на сьогодні у Верховній Раді України зареєстровано два альтернативні законопроекти, які претендують на системне врегулювання відносин у ветеранській сфері: № 14265 від 28 листопада 2025 року, поданий Кабінетом Мі-

ністрів України [2], та № 14265-1 від 17 грудня 2025 року, поданий народними депутатами України [3]. Обидва документи мають назву «Кодекс про захист державності, незалежності та статус захисників держави» і перебувають на опрацюванні у Комітеті Верховної Ради України з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів. Порівняльний аналіз цих законопроектів із чинним Законом [1] та між собою дозволяє зафіксувати як суттєві здобутки, так і системні прогалини, що потребують наукового осмислення і законодавчого вирішення.

Найбільш значущою концептуальною новелою, яка притаманна обом законопроектам [2, 3], є відхід від компенсаторної моделі ветеранської політики та перехід до системної моделі супроводу ветерана у процесі повернення до цивільного життя. Обидва документи у своїх засадничих положеннях оперують категоріями реабілітації, соціалізації та індивідуального супроводу — що свідчить про формування у вітчизняному праві нової галузі — ветеранського права — з власним предметом, методом і системою принципів. Принагідно зауважимо, що обидва законопроекти [2, 3] містять норми, близькі за змістом до принципу травмочутливості, закріпленого у попередньому проекті Кодексу про державну ветеранську політику, — визнання потенційно травмуючого впливу бойового досвіду на психічний стан, поведінку та потреби ветеранів при формуванні та реалізації державної ветеранської політики. Цей принцип виконує щонайменше три функції: є обов'язковим методологічним орієнтиром при тлумаченні та застосуванні всіх інших норм; є нормативною підставою для вимоги спеціальних стандартів надання психіатричної та психологічної допомоги ветеранам; відкриває простір для судового захисту прав ветеранів у порядку адміністративного судочинства відповідно до Кодексу адміністративного судочинства України [4].

Водночас наукову проблему становить відсутність у текстах обох законопроектів [2, 3] клінічного та операційного наповнення відповідних принципів. Хто і яким чином має встановлювати, чи дотримано засади травмочутливості у конкретному випадку? Ці питання залишено для підзаконного регулювання, що створює серйозний ризик формального застосування норм без реального впливу на практику. Тридцятирічний досвід застосування Закону [1]

переконливо свідчить: без норм прямої дії відстань між задекларованими гарантіями і їх реальним виконанням не скорочується самостійно.

Окремої уваги заслуговують норми обох законопроектів [2, 3] щодо системи повернення від військової служби до цивільного життя — правового інституту, цілковито відсутнього у Законі [1]. Обидва документи передбачають безоплатну допомогу ветеранам у сфері психічного здоров'я, включаючи психосоціальну допомогу, психотерапію та психологічну реабілітацію, і запроваджують інститут фахівця із супроводу як центральну фігуру індивідуальної підтримки ветерана. Варто наголосити, що саме фахівець із супроводу як перша ланка системи підтримки фактично визначає доступ ветерана до кваліфікованої психіатричної допомоги. Однак жоден із законопроектів [2, 3] не встановлює кваліфікаційних вимог до цього фахівця у частині психіатричної компетентності і не визначає його відповідальності у разі несвоєчасного направлення ветерана до клінічного спеціаліста. Зазначена прогалина є системною і потребує усунення.

Принципової наукової уваги заслуговує питання, яке є центральним у цих тезах і водночас найбільш болючим з точки зору стану законодавчого регулювання. Жоден із двох зареєстрованих законопроектів [2, 3] не містить норм, що визначають судово-реабілітаційну процедуру як самостійний правовий інститут. Між тим саме цей механізм є одним із найважливіших інструментів реінтеграції ветеранів, що підтверджується як реальною практикою поведінки осіб після повернення з бойових дій, так і досвідом зарубіжних держав. Доречно підкреслити, що у Сполучених Штатах Америки програма Veterans Treatment Courts, яка реалізується з 2008 року, забезпечує альтернативу кримінальному переслідуванню ветеранів шляхом їх направлення на реабілітаційні програми з обов'язковою участю сертифікованих психіатрів і чітко визначеними клінічними протоколами. Результати її застосування переконливо свідчать: реабілітаційний підхід є не лише гуманнішим, а й значно ефективнішим з точки зору ресоціалізації особи та зниження рецидивності. Аналогічні механізми функціонують у Великій Британії, Канаді та Ізраїлі. Відсутність судово-реабілітаційної процедури в обох зареєстрованих законопроектах [2, 3]

є суттєвою системною прогалиною, яка потребує наукового обґрунтування і невідкладного законодавчого заповнення. При цьому запровадження такого інституту об'єктивно потребуватиме внесення змін до Кримінального кодексу України [5] — узгодження з інститутами обмеженої осудності та примусових заходів медичного характеру — а також визначення клінічних критеріїв застосування процедури, вимог до судово-психіатричної експертизи та гарантій реальної добровільності участі ветерана в умовах кримінального переслідування.

Щодо фінансових гарантій, обидва законопроекти [2, 3] передбачають захищений статус видатків на ветеранську політику відповідно до Бюджетного кодексу України [6]. Порівняно зі статтею 17 Закону [1], яка лише декларувала фінансування за рахунок бюджетних коштів без жодних додаткових гарантій, це є суттєвим кроком уперед. Однак захищеність видатків не гарантує їх достатнього обсягу. Без визначення мінімального нормативу фінансування психіатричної реабілітації як окремої захищеної статті відповідні норми залишатимуться декларативними.

Викладене дає підстави для таких пропозицій щодо вдосконалення законодавчого регулювання у процесі підготовки законопроектів [2, 3] до другого читання. По-перше, необхідно доповнити відповідні статті обох законопроектів [2, 3] нормою прямої дії, яка передбачає включення обов'язкового психіатричного скринінгу до змісту медичних обстежень ветеранів при звільненні з військової служби. По-друге, необхідно запровадити в один із законопроектів інститут судово-реабілітаційної процедури як альтернативи кримінальному переслідуванню для окремих категорій ветеранів, визначивши клінічні критерії її застосування, процесуальні гарантії добровільності та зміст реабілітаційних програм, а також ініціювати відповідні зміни до Кримінального кодексу України [5]. По-третє, доцільно закріпити кваліфікаційні вимоги до фахівця із супроводу у частині психіатричної компетентності, визначити алгоритм його взаємодії з клінічним психіатром та встановити його відповідальність за несвоєчасне направлення ветерана до відповідного спеціаліста.

Реалізація запропонованих заходів дозволить подолати системний розрив між задекларованими принципами реабілітації та

соціалізації ветеранів і реальними правовими механізмами їх забезпечення, а також закласти нормативне підґрунтя для формування ветеранського права як повноцінної галузі вітчизняного законодавства.

Список використаних джерел

1. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22 жовтня 1993 року № 3551-ХІІ. Відомості Верховної Ради України. 1993. № 45. Ст. 425. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12> (дата звернення: 05.05.2026).

2. Проект Кодексу про захист державності, незалежності та статус захисників держави : реєстр. № 14265 від 28.11.2025 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billinfo/Bills/Card/59012> (дата звернення: 05.05.2026).

3. Проект Кодексу про захист державності, незалежності та статус захисників держави : реєстр. № 14265-1 від 17.12.2025 / Верховна Рада України. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billinfo/Bills/Card/59385> (дата звернення: 05.05.2026).

4. Кодекс адміністративного судочинства України від 6 липня 2005 року № 2747-IV. Відомості Верховної Ради України. 2005. № 35–36, № 37. Ст. 446. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2747-15> (дата звернення: 05.05.2026).

5. Кримінальний кодекс України від 5 квітня 2001 року № 2341-III. Відомості Верховної Ради України. 2001. № 25–26. Ст. 131. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14> (дата звернення: 05.05.2026).

6. Бюджетний кодекс України від 8 липня 2010 року № 2456-VI. Відомості Верховної Ради України. 2010. № 50–51. Ст. 572. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17> (дата звернення: 05.05.2026).

*Богомазова Ірина Олександрівна,
кандидатка юридичних наук,
доцентка кафедри медичного права
ДНТ «Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького»,
керуючий партнер АО «ALITHIS»
(м. Львів, Україна)*

ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ БІОБАНКІВ В УКРАЇНІ: ЗАХИСТ ГЕНЕТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ЯК СТРАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Розвиток сучасної медицини та біотехнологій неможливо уявити без біобанків — організованих колекцій біологічних зразків людини та пов'язаних з ними даних, які використовуються для наукових досліджень і розробки нових методів лікування. У контексті стрімкого розвитку персоналізованої медицини та геномних технологій біобанки стають ключовою інфраструктурою, що дозволяє глибше розуміти механізми виникнення захворювань і створювати нові діагностичні та терапевтичні підходи. Водночас діяльність біобанків породжує складні правові питання, пов'язані із захистом персональних даних донорів, особливо генетичної інформації, забезпеченням інформованої згоди, збереженням конфіденційності та балансуванням приватних інтересів особи з суспільними потребами у розвитку науки й медицини. Ці питання набувають особливої актуальності в умовах європейської інтеграції України та необхідності приведення національного законодавства у відповідність із стандартами Європейського Союзу.

Метою дослідження є системний аналіз правового регулювання діяльності біобанків в Україні, виявлення основних прогалин у захисті генетичної інформації та прав донорів біологічного матеріалу, а також формулювання пропозицій щодо вдосконалення національного законодавства.

Аналіз чинного українського законодавства показує, що комплексного правового регулювання діяльності біобанків не існує. Відносини в цій сфері частково врегульовані нормами Цивільного кодексу України [1], Закону України «Про застосування транспланта-

ції анатомічних матеріалів людині» [2], Закону України «Про захист персональних даних» [3] та деякими підзаконними актами. Цивільний кодекс України містить загальні положення про особисті немайнові права фізичної особи, зокрема право на життя та здоров'я, право на донорство, але не має спеціальних норм щодо біобанків. Стаття 290 ЦК України визначає право повнолітньої особи бути донором крові, її компонентів, органів та інших анатомічних матеріалів, однак не регулює питання довгострокового зберігання біологічного матеріалу та пов'язаних даних у біобанках. Закон про трансплантацію поширюється лише на відносини, пов'язані з трансплантацією, і не охоплює біобанки, що збирають і зберігають матеріал виключно для дослідницьких цілей.

Найбільш релевантним є Закон України «Про захист персональних даних», який після змін 2024 року намагається наблизитися до вимог GDPR [4] (General Data Protection Regulation (Загальний регламент про захист даних)). Проте цей закон не містить спеціальних положень щодо обробки генетичної інформації в контексті біобанкінгу. Генетична інформація має унікальний статус, оскільки характеризує не лише конкретну особу, а й її родичів, може вказувати на генетичні схильності та мати невідоме значення на момент забору зразків. Міжнародна декларація ЮНЕСКО про генетичні дані людини [5], підкреслює особливий характер генетичних даних. У чинному українському законодавстві генетичні дані не виділені як окрема категорія особливих персональних даних, що створює правову невизначеність щодо їх обробки та захисту.

На відміну від цього, у праві ЄС GDPR прямо визначає генетичні дані як особливу категорію (стаття 9), обробка яких зазвичай заборонена, крім випадків наявності згоди або необхідності для наукових досліджень. Стаття 89 GDPR передбачає спеціальні гарантії, зокрема псевдонімізацію. Українські дослідники, зокрема Н. М. Квіт, наголошують на потребі введення поняття «біобанківської таємниці» як розширення медичної таємниці, а також розмежування даних на анонімізовані, псевдонімізовані та ідентифіковані.

Центральним питанням правового регулювання біобанків є забезпечення прав донорів біологічного матеріалу. Конвенція Ов'єдо [6] вимагає вільної та інформованої згоди на будь-яке втручання у сферу здоров'я, але Україна її підписала, проте не ра-

тифікувала. Специфіка біобанків полягає в довгостроковому зберіганні матеріалу для майбутніх досліджень, цілі яких невідомі на момент забору. Це породжує проблему «широкої згоди» (broad consent) та «динамічної згоди» (dynamic consent), яку запропонували Дж. Кей та колеги. Українське законодавство ці форми згоди не врегулює. Крім того, існує невизначеність щодо правової природи відносин між донором і біобанком: це не право власності, а спеціальний особистісно-правовий зв'язок, що потребує законодавчого закріплення [7, с. 78].

Міжнародний досвід демонструє різноманітність підходів. У деяких країнах (Естонія, Латвія, Норвегія) прийнято спеціальні закони про біобанки, в інших діяльність регулюється загальним законодавством про захист даних і медичне право. Директива ЄС 2004/23/ЄС [8] встановлює стандарти якості та безпеки для тканин і клітин, але фокусується на трансплантації.

На основі проведеного аналізу пропонується прийняти спеціальний комплексний закон «Про біобанки та дослідницьку діяльність із залученням людини», який врегулює створення, функціонування біобанків, права та обов'язки учасників відносин. До Цивільного кодексу України доцільно додати статтю про біологічний матеріал як особливий об'єкт цивільних прав із особистісно-правовим зв'язком з донором. Закон «Про захист персональних даних» слід удосконалити шляхом виділення генетичних даних як окремої категорії особливих персональних даних, врегулювання псевдонімізації та анонімізації, встановлення спеціальних гарантій для наукової обробки. Необхідно законодавчо закріпити різні форми інформованої згоди: широку для майбутніх невизначених досліджень, динамічну з можливістю змінювати преференції та специфічну для конкретних досліджень. Також слід розвинути систему комітетів з біоетики для етичного нагляду за діяльністю біобанків і ратифікувати Конвенцію Ов'єдо для впровадження міжнародних біомедичних стандартів.

Правове регулювання діяльності біобанків в Україні перебуває на початковій стадії та потребує суттєвого вдосконалення. Наявні прогалини створюють ризики для захисту прав донорів і гальмують розвиток біомедичних досліджень. Основні проблеми — відсутність спеціального закону, недостатній захист генетичної

інформації як особливої категорії даних, неврегульованість інформаційної згоди для довгострокових досліджень, невизначеність правового статусу донорів та механізмів забезпечення їхніх прав. Вирішення цих питань вимагає системного підходу: прийняття спеціального закону, внесення змін до чинного законодавства, ратифікація Конвенції Ов'єдо та створення ефективної системи етичного нагляду. Такі заходи забезпечать належний захист прав громадян і створять сприятливі умови для розвитку біомедичних досліджень в Україні відповідно до європейських стандартів.

Список використаних джерел

1. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003. №435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>
2. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини : Закон України від 17.05.2018. № 2427-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2427-19>.
3. Про захист персональних даних : Закон України від 01.06.2010. № 2297-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2297-17>.
4. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation). URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/eng>.
5. International Declaration on Human Genetic Data. UNESCO General Conference, 16 October 2003. URL: <https://www.unesco.org/en/ethics-science-technology/human-genetic-data>.
6. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину. Ов'єдо, 4 квітня 1997 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/994_334.
7. Квіт Н. М., Кінаш Д. В. Правовий режим людських анатомічних / біологічних матеріалів, ембріонів як об'єктів цивільних правовідносин. Нове українське право. 2023. № 4. С. 73–80. URL: <http://www.newukrainian-law.in.ua/index.php/journal/article/view/428>.
8. Директива Європейського Парламенту і Ради 2004/23/ЄС від 31 березня 2004 року про встановлення стандартів якості та безпечності для донорів, заготівлі, тестування, перероблення, консервації, зберігання та реалізації людських тканин і клітин. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/984_001-04.

Друцул Тетяна Іванівна
кандидатка юридичних наук,
викладачка кафедра публічного права Чернівецького
національного університету імені Юрія Федьковича
(м. Чернівці, Україна)

АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ВЗАЄМОДІЇ ОРГАНІВ ПУБЛІЧНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

В умовах воєнного стану в Україні особливої актуальності набуває розбудова адміністративно-правових засад взаємодії органів публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я. Основним завданням таких засад є не лише адаптація системи охорони здоров'я до екстремальних умов воєнного часу, а й забезпечення непорушності конституційного права громадян на медичну допомогу. У цьому контексті ефективна координація та злагоджена діяльність державних органів виступають ключовим механізмом реалізації державних гарантій, а рівень їхньої взаємодії стає вирішальним критерієм оцінки дієвості адміністративно-правових реформ у сфері охорони здоров'я.

Хоча структура управління медичною галуззю є досить широкою, воєнний стан оголив певні труднощі у злагодженості дій, правовій відповідності функцій та якості розпорядження наявними ресурсами. Різні вектори публічного адміністрування в медицині вже ставали об'єктом уваги вчених, проте специфіка консолідації зусиль владних інституцій саме в умовах війни все ще залишається недостатньо вивченою та потребує глибшого дослідження.

У системі засадничих соціальних прав особливе місце посідає право на охорону здоров'я, зафіксоване в Основному Законі. Це положення є критично важливим для збереження стійкості країни у надзвичайних обставинах чи під час масштабних криз [1]. Реалізація цього права забезпечується через систему органів публічної адміністрації, які здійснюють формування та реалізацію державної політики у медичному секторі. Важливим елементом функціонування цієї системи є взаємодія органів публічної адміністрації, що сприяє належній організації медичного обслуговування населення.

До ключових суб'єктів взаємодії у сфері охорони здоров'я належать Міністерство охорони здоров'я України (далі — МОЗ

України), Національна служба здоров'я України (далі — НСЗУ), обласні військові адміністрації, органи місцевого самоврядування, а також заклади охорони здоров'я, які безпосередньо забезпечують надання медичної допомоги населенню.

Функції чітко розподілені: МОЗ формує державну політику в галузі медицини, а НСЗУ виконує роль органу, що втілює в життя програму державних фінансових гарантій медичної допомоги населенню [2].

Діяльність обласних військових адміністрацій щодо організації медичного обслуговування регулюється положеннями [3], тоді як компетенція муніципальної влади в охороні здоров'я регламентується нормами [4]. У зазначеному контексті пріоритетними завданнями є розбудова мережі лікувальних установ та реалізація цільових програм державного рівня.

Ілюстрацією такої координації зусиль під час війни є механізм забезпечення медичною допомогою внутрішньо переміщених осіб (далі — ВПО). Цей процес базується на вертикальній взаємодії: Міністерство встановлює нормативні засади обслуговування, а НСЗУ виступає фінансовим гарантом надання послуг. На обласному рівні військові адміністрації беруть на себе роль регіональних координаторів медзакладів. Місцева влада, своєю чергою, опікується облаштуванням ВПО та спрощенням їхнього доступу до лікарів. Кінцеву ж медичну допомогу надають безпосередньо лікувальні установи [3].

В умовах війни така консолідація зусиль стає обов'язковою для оперативного реагування на кризові ситуації. Відповідно до законодавчих норм, це передбачає не лише впровадження особливих заходів у сфері охорони здоров'я, а й налагодження комунікації між органами влади задля акумуляції ресурсів, необхідних населенню [6].

Взаємодія між суб'єктами публічного управління у медичній галузі реалізується через різноманітні організаційні та управлінські форми співпраці, зокрема створення координаційних і консультативно-дорадчих органів, міжвідомчих комісій, проведення переговорних і погоджувальних процедур, документальний обмін та безпосередню комунікацію посадових осіб. Така взаємодія забезпечує координацію управлінських рішень, розвиток організаційної та інформаційної співпраці, міжвідомчу взаємодію і

спільне виконання державних програм, що сприяє узгодженню дій суб'єктів публічної адміністрації та ефективному використанню медичних ресурсів [7, с. 24].

Переконані, що в період дії воєнного стану результативність такої співпраці зумовлюється насамперед чітким розподілом функцій між державним апаратом та місцевим самоврядуванням. Важливу роль відіграє швидкість прийняття адміністративних рішень, що дозволяє вчасно евакуювати медичні установи, гарантувати постійну допомогу як військовим, так і цивільним, а також грамотно розподіляти медичні ресурси та підтримувати роботу лікарень в умовах небезпеки.

Адміністративно-правові засади взаємодії органів публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я включають також систему правових норм, принципів, процедур та управлінських механізмів, визначають порядок координації діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування та інших суб'єктів управління у медичній сфері. Нормативне підґрунтя такої взаємодії визначене, зокрема, у ст. 7 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», відповідно до якої держава гарантує реалізацію прав громадян у сфері охорони здоров'я шляхом створення мережі закладів охорони здоров'я, організації системи заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я населення, фінансування медичних послуг і здійснення державного контролю у цій сфері [8].

У період воєнного стану особливо важливими є оперативне управління медичними ресурсами, надання допомоги військовим і цивільним, а також стабільна робота закладів охорони здоров'я, що підтверджується науковими дослідженнями [9, с. 115]. У цьому контексті особливого значення набуває відповідальність суб'єктів управління. В умовах воєнного стану вона передбачає не лише дотримання принципу законності, а й здатність оперативно приймати рішення в умовах невизначеності та обмеженого часу. Саме належний рівень відповідальності у поєднанні зі злагодженою взаємодією органів влади забезпечує безперервність реформування системи охорони здоров'я та її адаптацію до потреб національної безпеки.

На наш погляд, ефективне функціонування системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану безпосередньо залежить від рівня координації діяльності органів публічної адміністрації.

Отже, в умовах воєнного стану взаємодія органів публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я є визначальним чинником забезпечення ефективного функціонування медичної системи. Її результативність залежить від чіткого розмежування повноважень, належного адміністративно-правового регулювання, оперативності управлінських рішень та рівня відповідальності суб'єктів управління. Удосконалення механізмів координації та взаємодії є необхідною умовою адаптації системи охорони здоров'я до викликів воєнного часу.

Список використаних джерел

1. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр#Text>.
2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII, ст. 2, 6. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 09.03.2026).
3. Про правовий режим воєнного стану : Закон України від 12.05.2015 № 389-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text>.
4. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-вр#Text>.
5. Васюк Н.О., Юрочко Т.П. Публічне управління охороною здоров'я в сучасних умовах реформування в Україні. Державне управління: теорія та практика. 2019. № 1. С. 78—84. DOI: <http://doi.org/10.36030-2311-6722-2019-1-78-84>.
6. Миколенко О. М. Ефективність публічного управління в сфері охорони здоров'я. *Правова держава*. 2019. № 35. С. 95–101. URL: <https://pd.opu.edu.ua/article/view/181346>.
7. Прокопенко С. Л. Взаємодія органів державної влади та органів місцевого самоврядування у сфері надання адміністративних послуг у контексті децентралізації та цифровізації // *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2024. № 2. С. 25–30. URL: <https://chasopys-rpp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/586>.
8. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
9. Гуменна Н. В., Калинюк Н. М. Особливості формування ефективного механізму публічного управління закладами охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2024. Вип. 85, ч. 2. С. 113–118. URL: <https://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/320289>.

Зима Олександр Тарасович,
кандидат юридичних наук, доцент,
доцент кафедри адміністративного права
Національного юридичного університету
імені Ярослава Мудрого
(м. Харків, Україна)

АДМІНІСТРАТИВНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: НАПРЯМИ РОЗВИТКУ

Ідея щодо необхідності заміни Кодексу України про адміністративні правопорушення [1] сформувалася в 1997 році в програмі реформи адміністративного права. В 2024 році до Верховної Ради України надійшов проєкт Кодексу України про адміністративні проступки (надалі — Законопроєкт) [2]. Цей Законопроєкт загалом містить багато позитивних змін. Разом з тим слід відзначити, що регулювання адміністративної відповідальності у царині охорони здоров'я містить низку недоліків. Частково це зумовлено відсутністю чітко сформульованих наукових підходів до низки важливих проблем у цій сфері. Останнє дисертаційне дослідження у цьому напрямку було завершено М.В. Співак у 2010 році [3], тобто у «дореформений» час, і нині є дещо застарілим. Подальші роботи О. Доценка [4], О. Ілюшик [5], Г. Сарibaєвої [6] та інших були зорієнтовані переважно на аналіз чинного законодавства про адміністративні правопорушення, пов'язані з охороною здоров'я, а не на осмислення напрямків його розвитку та напрацювання відповідних рекомендацій.

Відтак спробуємо дати оцінку недолікам проєкту Кодексу України про адміністративні проступки *post factum*, сподіваючись на її позитивне сприйняття. Основними зі згаданих недоліків Законопроєкту, на нашу думку, є наступні.

По-перше, адміністративні проступки у сфері охорони здоров'я розміщені у трьох різних главах Законопроєкту: (а) глава 1 розділу 4 «Адміністративні проступки у сфері праці, охорони здоров'я» (ст.ст. 56–64); (б) глава 2 розділу 6 «Адміністративні проступки у сфері громадського здоров'я, безпечності та окремих показників якості харчових продуктів, карантину та захисту рослин, ветеринарної медицини» (ст. ст. 168–169); (в) глава 6 розділу 6

«Адміністративні проступки у сфері туризму та курортів» (ст. 247). Такий підхід ігнорує системи охорони здоров'я в Україні, закріплену в Основах законодавства України про охорону здоров'я [7]. Згідно з нею, основними елементами системи є (а) медична допомога; (б) фармацевтичне обслуговування; (в) громадське здоров'я; (г) медична експертиза; (ґ) курортна справа. Тобто глава 1 розділу 4 має включати усі порушення, передбачені у Законопроекті, оскільки сфера охорони здоров'я охоплює і громадське здоров'я, і курортну справу. Таке рішення відповідатиме і принципу побудови особливих частин деліктних кодексів за ознакою родового об'єкту правопорушення. Очевидно, що безпосередній об'єкт такого проступку, як порушення вимог закону у сфері громадського здоров'я (ст. 169 Законопроекту), за своєю природою значно ближчий до безпосереднього об'єкту порушення вимог щодо захисту населення від шкідливого впливу шуму (ст. 62 Законопроекту), ніж до безпосередніх об'єктів таких проступків, як порушення правил ідентифікації та реєстрації тварин (ст. 177 Законопроекту) чи порушення вимог законодавства про захист рослин (ст. 176 Законопроекту).

По-друге, Законопроект не реагує на зміни та новації, які відбулись у царині охорони здоров'я останнім часом. Йдеться про запровадження нової системи фінансування медичної допомоги та медичного обслуговування, яка відображена у законі «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [8]. Крім іншого, у цьому нормативному акті йдеться про утворення органу виконавчої влади, який має забезпечити реалізацію системи державних фінансових гарантій. Цей орган, Національна служба здоров'я України, вступає у правові відносини з надавачами медичних послуг (сімейними лікарями, закладами охорони здоров'я різних форм власності), виробниками та продавцями лікарських засобів, пацієнтами. Це правовідносини, які є принципово новими для правової реальності України, і багато з них можуть стати об'єктом протиправного посягання. Відповідні проступки можуть набути форми порушення у обліку обсягів наданої медичної допомоги; недотримання спеціальних нормативів; відсутність наглядової ради у закладі охорони здоров'я тощо. Однак у Законопроекті не передбачено жодного правопорушення у сфері реалізації державних фінансових гарантій надання медичної допомоги.

Залишилась поза увагою авторів Законопроекту і порушення у сфері телемедицини. Телемедицина, телемедичне консультування є досить новими для України. Про їх існування було заявлено в 2015 році, однак на рівні закону вони вперше згадуються в 2017 році [9]. Впродовж певного проміжку часу до цього напрямку медичного обслуговування відносились формально. Однак в умовах війни ситуація змінилась, і використання телемедицини дозволило забезпечити медичною допомогою як громадян України, що перебували на прифронтових територіях та у зонах бойових дій, так і тих, хто залишився на українських землях, захоплених окупантами. Розширення сфери застосування телемедицини та підвищення її інтенсивності відразу створило передумови для порушення вимог щодо медичної допомоги та медичного обслуговування, яке надається таким шляхом.

По-третє, із законопроекту зникла стаття, що передбачає відповідальність за «Порушення обмежень, встановлених для медичних та фармацевтичних працівників...» (ст. 44–2 чинного КпАП). Вказана стаття сформульована не досить коректно, однак вона має істотне значення. За її допомогою здійснювалась протидія просування працівниками у сфері охорони здоров'я окремих ліків чи медичного обладнання в інтересах фармацевтичних чи інших компаній. Можливо автори сподівались замінити її ч. 1 ст. 60 Законопроекту, однак цей припис є очевидно дефектним. Він звучить наступним чином: «порушення вимог закону у сфері охорони здоров'я». Якщо його конкретизувати, то вийде, що тут передбачено відповідальність медичних та фармацевтичних працівників, медичних експертів, санітарних лікарів, медичних та фармацевтичних закладів, курортів, пацієнтів, осіб, які придбавають лікарські засоби тощо за недотримання положень двох десятків профільних (так званих «медичних») законів та сотні законів загального характеру, що використовуються у сфері охорони здоров'я (наприклад, законів «Про адміністративну процедуру» чи «Про ліцензування видів господарської діяльності»). При чому за незліченну кількість різноманітних порушень, скоєних різними суб'єктами, накладається одне й те ж саме стягнення. Такий припис вступає у пряме протиріччя з принципами правової визначеності та індивідуалізації відповідальності. Відповідно, ч. 1

ст. 60 необхідно виключити з тексту Законопроекту. Видається, що її виправити чи удосконалити неможливо.

По-четверте, положення Законопроекту необхідно привести у сувору відповідність із медичним законодавством. Він із самого початку містив низку хиб, та з моменту внесення його до Верховної Ради України набуло чинності низка нових законів у сфері охорони здоров'я (наприклад, закон «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» [10]), та й до Основ законодавства України про охорону здоров'я було внесено одинадцять змін.

На завершення зазначимо, що хоча у проекті Кодексу України про адміністративні проступки є багато позитивних новацій, однак та його складова, що присвячена відповідальності у сфері охорони здоров'я, потребує істотного доопрацювання та виправлення. Зокрема, слід змінити структуру, об'єднавши всі проступки у цій сфері в одній главі особливої частини, доповнити Законопроект новими складами правопорушень, які виникли в результаті новацій в охороні здоров'я, та уточнити текст низки вже існуючих статей (передусім ст. 60).

Список використаних джерел

1. Кодекс України про адміністративні правопорушення. 7.12.1984. № 8073-X. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/8073-10?find=1&text=%D0%BA%D1%83%D1%80%D0%BE%D1%80%D1%82#Text>
2. Проект Кодексу про адміністративні проступки : Картка законопроекту. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billinfo/Bills/Card/44507>
3. Співак М. В. Правове регулювання адміністративної відповідальності в галузі охорони здоров'я населення : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 / Нац. акад внутр. справ. Київ, 2010. 16 с.
4. Доценко А. Адміністративна відповідальності за правопорушення в галузі охорони здоров'я населення. *Адміністративне право та процес*. 2017. № 1. С. 128–132. <https://pgp-journal.kiev.ua/archive/2017/1/25.pdf>
5. Люшик О. Адміністративна відповідальність у сфері охорони здоров'я: реалії та напрямки удосконалення. Роль і значення Основ законодавства України про охорону здоров'я для системи охорони здоров'я і забезпечення прав людини: збірник наукових статей. Львів: ЛОБФ «Медицина і право». 2022. С. 28–32. URL: <https://medcom.unba.org.ua/assets/uploads/Lviv/Zbirnyk.pdf>
6. Сарыбаева Г. Адміністративне законодавство у сфері охорони здоров'я: стан кодифікованості. *Національний юридичний журнал : теорія і практика*. 2017. № 6. Частина 1. С. 60–62.

7. Основи законодавства України про охорони здоров'я. 19.11.1992. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12?find=1&text=%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B5#Text>

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

9. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : Закон України. 14.11.2017. № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19?find=1&text=%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B5#Text>

10. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні : Закон України. 15.12.2025. № 4223-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text>

*Ігнатченко Ірина Георгіївна,
кандидатка юридичних наук, кандидатка мистецтвознавства,
доцентка кафедри адміністративного права
Національного юридичного університету
імені Ярослава Мудрого
(м. Харків, Україна)*

МІЖНАРОДНІ ТА ЄВРОПЕЙСЬКІ СТАНДАРТИ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я: ВИКЛИКИ ВОЄННОГО ЧАСУ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОЄВНОГО ВІДНОВЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Право на охорону здоров'я є фундаментальним правом людини та ключовою гарантією гідності, життя і соціальної стабільності. За даними національних та міжнародних джерел, в Україні спостерігається суттєве зростання потреби у реабілітаційних послугах, а також кратне зростання звернень щодо психічного здоров'я, зумовлене наслідками бойових дій, вимушеного переміщення та втрати соціальних зв'язків [1]. Особливої уваги потребує категорія військовослужбовців та ветеранів, для яких право на охорону здоров'я набуває комплексного характеру, поєднуючи медичні та соціальні гарантії [2]. У цьому контексті здоров'я населення може розглядатися як складова національної ідентичності, що забезпечує фізичну, психічну та духовну спроможність суспільства до опору, відновлення та розвитку.

Міжнародно-правове регулювання права на охорону здоров'я є системним і багаторівневим, охоплюючи універсальні та європейські стандарти.

До універсальних актів належать: Загальна декларація прав людини (ст. 25); Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (ст. 12); Міжнародний пакт про громадянські і політичні права (ст. 6). У європейському просторі важливими є: Європейська конвенція з прав людини (ст.ст. 2, 3); Європейська соціальна хартія (переглянута) (ст. 11, 13, 14); Хартія основних прав Європейського Союзу (ст. 35). Спеціальні акти: Конвенція про права дитини (ст. 24) та Конвенція про права осіб з інвалідністю (ст. 25). В умовах війни застосовуються норми Женевські

конвенції і додаткові протоколи, які гарантують захист поранених, медперсоналу та цивільних і зобов'язують забезпечувати медичну допомогу. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає здоров'я як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Практика Європейського суду з прав людини демонструє, що неналежне забезпечення доступу до медичної допомоги може становити порушення статей 2 та 3 Конвенції. Зокрема, у справі «Yakovenko v. Ukraine» (25 жовтня 2007 р.) було констатовано порушення у зв'язку з неналежними умовами медичного забезпечення особи під вартою [3].

У сучасній науковій доктрині право на охорону здоров'я реалізується в межах різних організаційно-правових моделей систем охорони здоров'я, що сформувалися під впливом історичних, економічних і соціальних факторів. Узагальнено можна виокремити кілька базових моделей: ліберальну (ринково орієнтовану — США), страхову (соціально орієнтовану — Франція, Німеччина) та державну (публічно керовану — Італія, Данія, Велика Британія).

Незважаючи на існування міцного міжнародно-правового фундаменту, в умовах війни здоров'я людини в Україні переосмислюється — нині це не тільки абстрактне право, а й потужний ресурс державної стійкості та елемент ідентичності. Практика свідчить, що значна частина військовослужбовців стикається з труднощами доступу до безперервної реабілітації, зокрема через складність адміністративних процедур. Наприклад, отримання направлення на реабілітацію часто потребує проходження декількох етапів погодження, що затягує початок лікування [4], а за оцінками міжнародних організацій, близько третини населення України потребуватиме тієї чи іншої форми психосоціальної підтримки, що створює безпрецедентне навантаження на систему охорони психічного здоров'я [5].

Імплементация міжнародних стандартів права на охорону здоров'я в національне законодавство України здійснюється шляхом гармонізації законодавства, прийняття спеціальних нормативно-правових актів та інтеграції міжнародних зобов'язань у правозастосовну практику. Ключовими нормативно-правовими актами тут є: Конституція України (ст. 3, ст. 27, ст. 46, ст. 49); Основи законодавства про охорону здоров'я; Закони України («Про систему

громадського здоров'я», «Про захист населення від інфекційних хвороб» «Про психіатричну допомогу»).

Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні в умовах війни характеризується посиленням ролі органів публічної адміністрації, спрощенням управлінських механізмів і цифровізацією. При цьому ключове значення має адміністративна процедура як гарантія реалізації права, що забезпечує (а) прозорість прийняття рішень, (б) визначеність строків, (в) рівність доступу та (г) можливість оскарження. Такі процедури охоплюють: (1) порядок надання медичних послуг; (2) фінансування закладів охорони здоров'я; (3) ліцензування медичної практики; (4) захист прав пацієнтів. Їх результатом є прийняття індивідуальних адміністративних актів (зокрема, висновків військово-лікарських комісій, рішень про встановлення інвалідності, направлень на лікування чи реабілітацію, рішень про надання послуг у межах державних програм), які безпосередньо визначають обсяг реалізації права на охорону здоров'я. Водночас недосконалість таких процедур — зокрема затягування розгляду, формальний підхід або відсутність належної координації між органами — може призводити до істотних порушень прав і фактичного обмеження доступу до своєчасної медичної допомоги, що особливо критично в умовах воєнного стану [6].

Цифровізація є одним із ключових напрямів трансформації адміністративно-правового забезпечення права на охорону здоров'я, що охоплює: (1) впровадження електронної системи охорони здоров'я; (2) розвиток телемедицини; (3) використання технологій штучного інтелекту для діагностики, аналізу медичних даних і підтримки клінічних рішень. Водночас такі процеси потребують належного правового регулювання, зокрема забезпечення захисту персональних даних, дотримання етичних стандартів і створення адміністративно-правових гарантій. Приміром, функціонування в Україні електронної системи охорони здоров'я (eHealth), яка вже забезпечує облік пацієнтів, електронні направлення та рецепти, потребує подальшого розвитку та інтеграції з системами військової медицини і реабілітації.

У сучасних умовах доцільним є використання категорії адміністративно-правової парадигми як методологічної основи до-

слідження, під якою пропонуємо розуміти динамічну модель регулювання публічних відносин, що визначає систему принципів, цілей і механізмів публічного адміністрування; у межах метапарадигми гуманітарної політики «стійкість через ідентичність» охорона здоров'я концептуалізується через ідею «турбота заради життя», що відображає перехід від формального управління до людиноцентричного підходу, де здоров'я виступає не лише соціальним благом, а й елементом національної ідентичності та чинником незламності суспільства, оскільки характеризує фізичний і психічний стан нації, рівень поваги до людської гідності та спроможність до відновлення; реалізація цієї парадигми забезпечується через систему адміністративних процедур і актів, підзвітність та контроль, державно-громадське партнерство, цифровізацію і координацію між сферами. У межах згаданої метапарадигми адміністративно-правова парадигма «Турбота заради життя» співіснує з іншими авторськими парадигмами, ткими, як «Партнерство і безпека» (у сфері свободи совісті [7]), «Єдність у різноманітті» (у сфері етнополітики).

Попри наявність міжнародних стандартів, реалізація права на охорону здоров'я в умовах війни потребує переосмислення, що зумовлює формування в Україні адміністративно-правової парадигми «Турбота заради життя» як людини, так і суспільства, як цілісної життєздатної системи, що передбачає інтеграцію як власне медичних, так і соціальних та правових чинників. Воєнний стан трансформує механізми реалізації цього права, не скасовуючи зобов'язань держави. Причому повоєнний розвиток має ґрунтуватися на: (1) імплементації міжнародних стандартів; (2) розвитку адміністративних процедур, цифровізації; (3) відновленні інфраструктури; (4) гармонізації з правом ЄС. У цих умовах право на охорону здоров'я набуває стратегічного значення як фактор національної стійкості, а його ефективна реалізація залежить від здатності адміністративної системи діяти швидко, узгоджено та людиноцентрично.

Список використаних джерел

1. Health Needs Assessment of the Adult Population in Ukraine: Survey Report: December 2022 : Report. World Health Organization. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023. 88 p. URL: <https://www.who.int/europe/>

publications/i/item/WHO-EURO-2023-6904-46670-68538 (дата звернення: 09.04.2026).

2. Аналітичні матеріали щодо стану системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану (2023–2024 рр.) : звіт / М-во охорони здоров'я України. Київ, 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/statistika-ta-analitika> (дата звернення: 09.04.2026).

3. Case of Yakovenko v. Ukraine (Application no. 15825/06): Judgment of the European Court of Human Rights. 2007. URL: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-82987"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{).

4. Аналітичні звіти та дашборди щодо реалізації програми медичних гарантій / Нац. служба здоров'я України. URL: <https://edata.nszu.gov.ua> (дата звернення: 09.04.2026).

5. Mental Health and Psychosocial Support in Ukraine. World Health Organization. Ukraine. URL: <https://www.who.int/ukraine> URL: (дата звернення: 09.04.2026).

6. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні у 2023 році. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини. 2024. URL: <https://ombudsman.gov.ua/report-2023> (дата звернення: 09.04.2026).

7. Ігнатченко І. Г. Адміністративно-правова парадигма «Партнерство та безпека»: трансформація державно-церковних відносин в Україні. *Наукові інновації та передові технології*. 2026. № 1 (53). С. 2295–2311. URL: <https://perspectives.pp.ua/index.php/nauka/article/view/35741/35732/>

*Калмикова Олена Вікторівна,
кандидатка юридичних наук, професорка,
професорка кафедри адміністративного та фінансового права
Національного університету біоресурсів
і природокористування України
(м. Київ, Україна)*

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОЇ ПЛОЩИНИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Повномасштабна збройна агресія проти України кардинально змінила функціонування усіх сфер життя, і особливо гостро окреслила значення безперервного, належного й системного медичного забезпечення військовослужбовців. Питання медичної підтримки військових не може розглядатися виключно з медичної чи логістичної позиції — воно має бути вивчене як об'єкт правового регулювання, що функціонує в рамках публічної адміністрації. Оскільки адміністративне право виконує важливу роль у впорядкуванні діяльності органів публічної влади у сфері надання медичних послуг військовослужбовцям, його дослідження дозволяє осмислити державну політику у цій сфері через призму норм, процедур і повноважень.

Окремі аспекти медичного забезпечення військовослужбовців розглядалися у працях сучасних українських науковців, зокрема з позицій адміністративного, медичного та військового права, а саме: Жаховський В. О., Мазур Л.Б., Лівінський В. Г., Ліненка О.І., Івахненко О.А., Павлика Ю.В., Петрук С. О. та ін.

Адміністративно-правове регулювання медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України становить собою специфічну галузь правового впливу, у межах якої реалізуються завдання державної політики у сфері охорони здоров'я в оборонному секторі. Це регулювання охоплює сукупність адміністративно-правових норм, які визначають правовий статус суб'єктів, порядок організації медичного забезпечення, повноваження органів військового управління та відповідних посадових осіб. Ключовим актом у цій сфері є Закон України «Про Збройні Сили України», який визначає структуру, функції та завдання Збройних Сил Украї-

ни, зокрема і в частині забезпечення особового складу належними умовами для проходження служби, включно з охороною здоров'я (ст. 8, ст. 10) [1]. Водночас, Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» закріплює право військовослужбовців на медичне обслуговування, встановлює гарантії отримання безоплатної медичної допомоги, медичних препаратів, а також санаторно-курортного лікування (ст. 11–13) [2].

Важливим нормативним актом є також Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 р. № 1053-ІХ, який закладає правові засади надання комплексної медичної, психологічної та соціальної реабілітації особам із обмеженнями життєдіяльності, включно з військовослужбовцями. Цей закон орієнтований на побудову сучасної реабілітаційної системи за принципами раннього втручання, мультидисциплінарного підходу та безперервності допомоги [3].

Значну роль у формуванні адміністративно-правових засад відіграє підзаконне нормативне регулювання, зокрема Наказ Міністерства оборони України № 506 від 06.08.2014, яким затверджено Положення про організацію медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України, які залучаються до участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки [4]. У цьому документі визначено організаційну структуру медичної служби, її завдання та функції в умовах мирного та особливого періоду. Згідно з положеннями цього акту, медичне забезпечення є невід'ємною частиною загальної системи бойового, тилового та морально-психологічного забезпечення війська.

Ключовим документом у сфері військової медицини на державному рівні є Воєнно-медична доктрина України — комплексний нормативний акт, що охоплює всі державні структури, враховує положення чинного законодавства щодо охорони здоров'я, національної безпеки та оборони, а також Воєнної доктрини України. Вона слугує фундаментом для розробки нижчого рівня нормативно-правових актів, які регулюють охорону здоров'я військовослужбовців і медичне забезпечення військ [5]. Також слід відзначити важливість міжвідомчої координації в межах адміністративно-правового регулювання, оскільки на практиці реалізація заходів медичного забезпечення покладається не лише на органи

військового управління, але й на Міністерство охорони здоров'я України, Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Державну прикордонну службу, Службу безпеки України тощо. Це зумовлює потребу у чіткому розмежуванні повноважень, уніфікації адміністративних процедур та забезпеченні юридичної визначеності дій суб'єктів адміністративного права.

Поточні завдання, які постають перед Збройними Силами України, зумовлюють підвищені вимоги до діяльності Медичних сил Збройних Сил України. Система медичного забезпечення є ключовим елементом забезпечення боєготовності військ і загальної безпеки держави. Її розвиток, зокрема вдосконалення організаційної структури та впровадження нових форм і методів функціонування, має постійний характер та залежить від широкого кола чинників. Серед них — економічна спроможність держави, рівень розвитку її збройних сил, технічне оснащення, стан цивільної та військової медицини. У контексті особливого періоду система медичного забезпечення повинна демонструвати зростаючу мобільність, адаптивність і гнучкість, орієнтуючись на прогнозовану зміну масштабів і характеру санітарних втрат. Це, у свою чергу, обумовлюється модернізацією озброєння та військової техніки, а також трансформацією способів ведення бойових дій [6].

Проблеми адміністративно-правової площини медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України здебільшого пов'язані з недостатньою чіткістю та уніфікацією нормативно-правової бази, що регулює функціонування відповідних структур і механізмів. Відсутність комплексного та системного підходу до координації міжвідомчих органів, залучених до медичного забезпечення, призводить до дублювання функцій, невизначеності повноважень і складнощів у практичній реалізації заходів. Крім того, застарілі або неповні адміністративні процедури ускладнюють оперативне реагування на виклики, особливо в умовах воєнного стану та надзвичайних ситуацій. Недостатнє фінансове і ресурсне забезпечення, а також брак ефективних механізмів контролю і моніторингу стану медичного забезпечення, також створюють значні перепони для розвитку системи.

Для вирішення цих проблем необхідно посилити нормативно-правове регулювання шляхом вдосконалення законодавства,

яке б чітко визначало повноваження, обов'язки і відповідальність усіх суб'єктів, задіяних у процесі медичного забезпечення військових. Важливо запровадити єдині стандарти адміністративних процедур, забезпечити прозорість та уніфікацію дій через електронні сервіси та принцип «єдиного вікна». Також слід створити ефективний міжвідомчий координаційний механізм, який дозволить інтегрувати зусилля різних органів влади та забезпечити належний обмін інформацією. Не менш важливо забезпечити стабільне фінансування та ресурсну підтримку медичних підрозділів, а також впровадити регулярний моніторинг якості і ефективності медичного забезпечення з подальшим публічним звітуванням. Такий підхід дозволить не лише підвищити рівень медичної та психологічної допомоги військовослужбовцям, а й створити надійний правовий фундамент для адаптації системи охорони здоров'я України до умов тривалого збройного протистояння та післявоєнної відбудови.

Список використаних джерел

1. Про Збройні Сили України: Закон України від 06.12.1991 № 1934-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1934-12#Text>
2. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 № 2011-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text>
3. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
4. Положення про організацію медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України, які залучаються до участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки: затверджено Наказом Міністерства оборони України № 506 від 06.08.2014. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1231-14#Text> (дата звернення 31.03. 2026)
5. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України: Постанова Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 р. № 910. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення 31.03. 2026)
6. Білий В.Я. Розвиток системи лікувально евакуаційних заходів як основи медичного забезпечення військ в особливий період. *Здоров'я нації (науково-практичний журнал)*. Київ. 2016. Вип. № 3(39). С. 5–11.

Капітаненко Наталія Петрівна,
докторка юридичних наук, доцентка,
доцентка кафедри теорії держави і права,
конституційного права та державного управління
Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара
(м. Дніпро, Україна)

Чижмак Уляна Вікторівна,
здобувачка освіти Дніпровського національного
університету імені Олеся Гончара
(м. Дніпро, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ АДМІНІСТРАТИВНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ПРАВОПОРУШЕННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Провідною тенденцією розвитку сучасного адміністративно-го права є перегляд його основних засад з метою гармонізації відносин між публічною адміністрацією й людиною. Серед важливих перетворень — модернізація інституту адміністративної відповідальності, зокрема, за правопорушення у галузі охорони здоров'я населення.

Забезпечення належного рівня охорони здоров'я населення є одним із пріоритетних напрямів державної політики. Ефективне функціонування системи охорони здоров'я значною мірою залежить від дотримання встановлених законодавством норм у цій сфері, а також від дієвості механізмів юридичної відповідальності за їх порушення. У цьому контексті інститут адміністративної відповідальності виступає важливим засобом забезпечення правопорядку та запобігання правопорушенням у галузі охорони здоров'я.

Створення умов для служіння держави інтересам громадян шляхом всебічного забезпечення пріоритету їх прав, свобод та законних інтересів в сфері діяльності публічної адміністрації [1, с. 5] передбачає врегулювання з таких же позицій відносин у сфері охорони здоров'я населення. Становлення українського законодавства в контексті євроінтеграційних процесів передбачає вдосконалення правового регулювання відносин щодо охорони прав учасників правовідносин у галузі охорони здоров'я населення шляхом створення державного механізму для реалізації права кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Адміністративна відповідальність за порушення зазначених прав є складовою єдиного механізму реалізації та захисту порушених прав. Держава, якщо вона є демократичною, соціальною та правовою, відповідальна перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Визначення особливостей адміністративної відповідальності за проступки у сфері охорони здоров'я надає можливість виявити сучасний стан адміністративно-правового регулювання вказаного сегмента суспільних відносин. Чинне законодавство України не містить визначення поняття адміністративної відповідальності, не зважаючи на посилення її ролі в забезпеченні законності та правопорядку на сучасному етапі розвитку українського суспільства. Існуючі дефініції адміністративної відповідальності мають науководослідницький характер, однак варто погодитися з тим, що адміністративна відповідальність — це примусове, з додержанням встановленої процедури, застосування правомочним суб'єктом передбачених законодавством за вчинення адміністративного проступку заходів впливу, які виконані правопорушником [2, с. 289–290].

Адміністративна відповідальність у сфері охорони здоров'я населення має ряд специфічних ознак, які зумовлені особливостями правового регулювання цієї сфери та значенням охорони життя та здоров'я людини.

По-перше, особливістю є комплексний характер правового регулювання відносин у досліджуваній сфері. Вказані відносини регулюються нормами як публічного, так і приватного права. Конституція України у ст. 49 гарантує кожному право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [3]. Водночас правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я визначають — Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року, Закони України «Про лікарські засоби» від 4 квітня 1996 року, «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 2 березня 2015 року, «Про донорство крові та її компонентів» від 23 червня 1995 року та інші. Одночасно відносин у сфері охорони здоров'я населення регулюють приватноправові норми — ЦК України, цивільно-правові договори, які укладає юридична особа, надаючи медичні послуги, з пацієнтом.

По-друге, для правопорушень у сфері охорони здоров'я характерна можливість застосування різних видів юридичної відповідальності. Залежно від характеру порушення та ступеня його суспільної небезпеки можуть застосовуватися адміністративна, цивільно-правова чи кримінальна відповідальність. Юридичною основою адміністративної відповідальності є норми КУпАП, зокрема статті 42–42², 42⁴, 44–44³, 45–45¹, 46–46², які встановлюють відповідальність за порушення в галузі охорони здоров'я [4].

По-третє, фактичним підставою адміністративної відповідальності є вчинення адміністративного правопорушення, тобто наявність в діяннях особи складу адміністративного правопорушення.

По-четверте, адміністративну відповідальність у сфері охорони здоров'я передбачено за ряд специфічних правопорушень, зокрема: порушення санітарних норм; заготівля, переробка або збут продукції, радіоактивно забрудненої понад встановлені рівні; порушення правил взяття, зберігання та використання донорської крові; умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою та інші порушення, що можуть становити загрозу здоров'ю населення.

По-п'яте, загальним суб'єктом правопорушення у зазначеній сфері є фізична особа, яка досягла 16-річного віку. Водночас є спеціальні суб'єкти, до яких належать посадові особи, громадяни-власники підприємств або уповноважені ними особи, фізичні особи-підприємці.

По-шосте, характерною особливістю є види адміністративних стягнень, які застосовуються за правопорушення у галузі охорони здоров'я населення. Має місце поєднання стягнень як майнового характеру (штраф, конфіскація продукції), так і особистого спрямування (громадські роботи, адміністративний арешт).

По-сьоме, право застосовувати адміністративні стягнення за порушення законодавства у сфері охорони здоров'я населення мають не лише суди, а також уповноважені органи виконавчої влади. Так, відповідно до ст. 15 Закону України «Про лікарські засоби», Положення про Державну службу з лікарських засобів та контролю за наркотиками та ст. 244–8 КУпАП посадові особи Служби мають право складати протоколи та розглядати справи про адміністративні правопорушення, передбачені ст. ст. 44², 42⁴, 45¹, 167, 168¹, 170, 188¹⁰ КУпАП.

Отже, адміністративну відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я регулюють норми як публічного, так і приватного права, передбачаючи склад порушень, санкції та процедуру застосування стягнень до порушників. Адміністративна відповідальність у галузі охорони здоров'я має комплексний характер, передбачає спеціальне коло суб'єктів та правопорушень та спрямована на забезпечення дотримання санітарних, медичних та інших вимог, що гарантують належний рівень захисту здоров'я населення.

Якісні зміни у сфері охорони здоров'я потребують вдосконаленого вітчизняного законодавства для вироблення ефективного механізму захисту прав суб'єктів правовідносин в контексті євроінтеграційних вимог. Дослідження адміністративної відповідальності за правопорушення в галузі охорони здоров'я населення є актуальним як у теоретичному, так і в практичному аспектах, оскільки сприяє вдосконаленню правового регулювання та забезпеченню належного рівня охорони здоров'я населення.

Список використаних джерел

1. Авер'янов В. Оновлення доктринальних засад українського адміністративного права у світлі євроінтеграційних вимог. *Юридична Україна*. 2010. № 3. с. 4–10.
2. Колпаков В.К. Адміністративно-деліктний правовий феномен: монографія / В.К. Колпаков К.: Юрінком Інтер, 2004. 528 с.
3. Конституція України від 28 червня 1996 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.
4. Кодекс України про адміністративні правопорушення. Прийнятий 7 грудня 1984 р. *Відомості Верховної Ради Української РСР*. 1984. додаток до №51. Ст. 1122.

Капустник Наталія Геннадіївна
кандидатка юридичних наук,
асистентка кафедри права
Національного аерокосмічного університета
«Харківський авіаційний інститут»
(м. Харків, Україна)

ПРАВОВІ МЕЖІ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: БАЛАНС ПРИВАТНОГО ТА ПУБЛІЧНОГО ІНТЕРЕСІВ

Запровадження правового режиму воєнного стану в Україні зумовило необхідність перегляду традиційних підходів до реалізації прав людини. Згідно зі ст. 64 Конституції України, в умовах воєнного стану можуть встановлюватися окремі обмеження прав і свобод із зазначенням строку дії цих обмежень [1]. У сфері медичного права це проявляється через «трансформацію» прав пацієнтів, де держава змушена балансувати між приватним інтересом особи (автономія, таємниця) та публічним інтересом (національна безпека, ефективна організація медичної допомоги в умовах дефіциту ресурсів) [5].

Умови війни диктують необхідність зміненого порядку вибору лікаря та закладу. В зонах бойових дій право на вільний вибір поступається принципу оперативності та територіальної доступності медичної допомоги [2].

Відбувається розширення доступу до персональних даних пацієнтів-військовослужбовців для потреб військового командування і пацієнтів-військовозобов'язаних для потреб ТЦК та СП (наприклад, передача даних від цивільних медиків до ТЦК та СП або військового командування), що потребує посилення правового контролю за дотриманням академічної доброчесності та конфіденційності [4].

В умовах збройного конфлікту баланс інтересів зміщується у бік публічної безпеки, проте МГП встановлює імперативні межі такої трансформації. Принцип медичної нейтральності та обов'язок гуманного поводження обмежують право держави використовувати ресурси охорони здоров'я виключно для військових потреб, зобов'язуючи надавати допомогу за суто медичними критеріями.

МПП виступає міжнародно-правовим запобіжником, що утримує «недоторканне ядро» прав пацієнта (право на життя, заборона катувань) навіть за умов значного обмеження національних правових гарантій [3].

Трансформація прав включає перехід до принципів тріажу (медичного сортування) при масових надходженнях поранених. Це змінює пріоритетність реалізації права на допомогу, базуючись на тяжкості стану, що є правомірним інструментом збереження найбільшої кількості життів у критичних умовах [5].

Попри трансформацію, держава зобов'язана забезпечувати «недоторканне ядро» прав пацієнта, до якого належать: заборона будь-яких нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження; право на життя; надання невідкладної медичної допомоги без дискримінації. Особливим механізмом гарантування прав є створення системи правової та соціальної реабілітації військовослужбовців, що є пріоритетним напрямом реформування системи охорони здоров'я.

Підсумовуючи викладене, слід зазначити, що трансформація прав пацієнтів в умовах воєнного стану є не лише наслідком об'єктивної реальності, а й випробуванням для національної правової системи на здатність забезпечувати баланс між безпекою та людяністю.

Реалізація положень ст. 64 Конституції України щодо обмеження окремих прав пацієнта в умовах воєнного стану має суворо відповідати критеріям пропорційності та легітимної мети [1]. Правова визначеність вимагає, щоб такі обмеження не лише мали чітко зазначений строк дії, а й не призводили до деформації сутності прав людини. Критично важливо забезпечити механізм автоматичного поновлення повного обсягу прав пацієнта після припинення особливого правового режиму, запобігаючи закріпленню «спрощених» стандартів як постійної правової практики.

Активізація норм міжнародного гуманітарного права в національному правовому полі створює жорстку зовнішню межу для державної трансформації прав пацієнтів. МПП гарантує, що жодні заходи воєнного стану не можуть виправдати відступ від принципів медичної етики та нейтральності. Це має бути імplementовано у вітчизняні протоколи, щоб забезпечити правовий за-

хист як пацієнта, так і медичного персоналу від неправомірного тиску публічних інтересів [3].

Реформування системи охорони здоров'я в умовах війни повинно відбуватися з урахуванням євроінтеграційного вектора. Це передбачає не лише відновлення інфраструктури, а й розбудову людиноцентристської моделі права, де навіть у критичних ситуаціях (тріаж, реабілітація) зберігається повага до людської гідності та гарантуються правові механізми захисту.

Ключем до успіху є чітка міжвідомча взаємодія (МОЗ, МОУ, Мінветеранів), що дозволить забезпечити безперервність медичної допомоги та соціально-правового супроводу для найбільш вразливих категорій — військовослужбовців та ветеранів.

Список використаних джерел

1. Конституція України : Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр> (дата звернення: 15.03.2026).

2. Про правовий режим воєнного стану : Закон України від 12.05.2015 № 389-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19> (дата звернення: 15.03.2026).

3. Женевська конвенція про захист цивільного населення під час війни від 12 серпня 1949 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_154 (дата звернення: 15.03.2026).

4. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 15.03.2026).

5. Сенюта І. Я. Медичне право: підручник. Львів : Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2022. 540 с.

*Кокошко Мирослава Василівна,
кандидатка юридичних наук,
докторантка кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту
права Київський національний
університет імені Тараса Шевченка,
(м. Київ, Україна)*

ІНТЕГРАЦІЯ СУЧАСНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СИСТЕМУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВІ ВИКЛИКИ

За наявними оцінками, близько 1,3 мільйона осіб в Україні потребують різних форм реабілітаційної допомоги. Значну їх частку становлять військовослужбовці та ветерани, які зазнали втрати здоров'я внаслідок виконання обов'язку із захисту держави. За цих умов впровадження сучасних реабілітаційних технологій стає не лише медичним, а й управлінським завданням, що потребує належного адміністративно-правового регулювання.

Загальні засади надання реабілітаційної допомоги, перелік реабілітаційних заходів та вимоги до мультидисциплінарних команд визначено в Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 3 грудня 2020 р. № 1053-IX [1]. Вказаний правовий акт має загальний характер, законодавцем не визначено спеціальних норм щодо роботизованих систем, технологій віртуальної та доповненої реальності, алгоритмічних медичних рішень та цифрових реабілітаційних середовищ. Нормативно не визначено місце інноваційних технологій у структурі реабілітаційної послуги, критеріїв їх включення до програми медичних гарантій, а також меж адміністративного контролю за безпечністю та ефективністю їх застосування.

Основними адміністративно-правовими викликами впровадження інноваційних реабілітаційних технологій є фрагментарність правового регулювання у цій сфері, загальний характер приписів Закону № 1053-IX та Закону України «Про захист персональних даних» від 1 червня 2010 р. № 2297-VI [2] без урахування

специфіки таких технологій, а також відсутність уніфікованих клінічних і технічних стандартів їх застосування. На рівні Європейського Союзу окреслені питання врегульовано Регламентом (ЄС) 2016/679 [3], що встановлює режим обробки чутливих медичних даних, та Регламентом (ЄС) 2017/745 [4], який визначає вимоги до медичних виробів, зокрема до медичного програмного забезпечення. З огляду на статус України як кандидата у члени ЄС європейські підходи мають стати орієнтиром для гармонізації вітчизняного законодавства.

Сфера реабілітації в Україні перебуває в управлінні кількох органів публічної адміністрації. Основні повноваження розподілено між Міністерством охорони здоров'я, Міністерством у справах ветеранів та Національною службою здоров'я України. Важливим напрямом змін є реформа медико-соціальної експертизи: відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338 [5], з 1 січня 2025 р. функції медико-соціальних експертних комісій перейшли до експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи. Реформа спрямована на зменшення корупційних ризиків та оптимізацію процедури визначення реабілітаційного маршруту, водночас створює нові виклики для узгодженості дій між суб'єктами владних повноважень. Відсутність чітко розмежованих компетенцій у сфері інноваційних реабілітаційних технологій призводить до дублювання управлінських функцій та неузгодженості нормотворчої діяльності.

Важливо звернути увагу в досліджуваному питанні на інститут інформованої згоди. У традиційній моделі реабілітації згода охоплює ризики клінічного впливу. Застосування цифрових терапевтичних середовищ і систем штучного інтелекту зумовлює необхідність розширення змісту інформованої згоди пацієнта — зокрема щодо ризиків психоемоційного впливу віртуальних середовищ, автоматизованого прийняття рішень, обробки біометричних і поведінкових даних, а також використання діалогових інтерфейсів у терапевтичних цілях. Чинне законодавство України не містить спеціальних вимог до змісту такої згоди, що створює ризик формального підходу до її отримання.

Зарубіжний досвід свідчить про існування різних моделей правового регулювання цифрової медицини. У Сполучених Штатах

Америку відповідні правовідносини врегульовано Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), який встановлює імперативні вимоги щодо захисту, конфіденційності та безпеки індивідуальної медичної інформації (protected health information, PHI). Нормативна конструкція HIPAA забезпечує комплексне регулювання обігу медичних даних у цифровому середовищі, включаючи вимоги до адміністративних, технічних та фізичних заходів захисту. У березні 2020 року Office for Civil Rights (OCR) у складі U.S. Department of Health and Human Services (HHS) ухвалив Notice of Enforcement Discretion, яким було тимчасово призупинено застосування санкцій за окремі порушення вимог HIPAA у контексті використання телемедичних технологій (telehealth) під час надзвичайної ситуації, спричиненої пандемією COVID-19. Зазначений акт мав винятковий, ситуаційно зумовлений і обмежений у часі характер та не змінював базових нормативних положень HIPAA, а лише модифікував практику їх правозастосування.

В Ізраїлі цифрова медицина розглядається як системоутворюючий елемент національної системи охорони здоров'я та інтегрована в єдину цифрову медичну інфраструктуру. Модель функціонування базується на широкому впровадженні електронних медичних записів, використанні технологій штучного інтелекту, а також міжінституційній інтеграції медичних інформаційних систем. Значну роль у цій системі відіграють організації управління охороною здоров'я, зокрема Clalit Health Services, яка забезпечує масштабне акумулювання та аналітичну обробку медичних даних населення.

Такі елементи ізраїльської моделі, як централізоване управління медичними даними, високий рівень цифрової інтеграції та застосування аналітики великих даних у сфері охорони здоров'я, можуть становити науково-практичний інтерес для імплементації в Україні з урахуванням національних правових та інституційних особливостей.

Отже, Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» не містить спеціальних норм щодо правового регулювання використання роботизованих, цифрових та алгоритмічних реабілітаційних технологій, що створює правову невизначеність. Тому доцільним є доповнення закону окремою статтею, яка ви-

значала б критерії кваліфікації інноваційних технологій як складової реабілітаційної послуги та процедуру їх включення до програми медичних гарантій.

Крім того, повноваження Міністерства охорони здоров'я, Міністерства у справах ветеранів та Національної служби здоров'я у сфері інноваційної реабілітації потребують нормативного уточнення з визначенням єдиного координаційного органу. Вимоги до інформованої згоди пацієнта мають бути розширені з урахуванням специфіки цифрових терапевтичних середовищ і алгоритмічних рішень. Для військовослужбовців і ветеранів доцільно запровадити адміністративну процедуру пріоритетного доступу до інноваційних реабілітаційних сервісів із чіткими критеріями та строками.

Список використаних джерел

1. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03 грудня 2020 р. № 1053-IX. Відомості Верховної Ради України. 2021. № 8. Ст. 59. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20>.

2. Про захист персональних даних : Закон України від 01 червня 2010 р. № 2297-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17>.

3. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation). Official Journal of the European Union. L 119, 04.05.2016. P. 1–88.

4. Regulation (EU) 2017/745 of the European Parliament and of the Council of 5 April 2017 on medical devices. Official Journal of the European Union. L 117, 05.05.2017. P. 1–175.

5. Деякі питання запровадження оцінювання повсякденного функціонування особи : постанова Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2024 р. № 1338. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2024-%D0%BF>.

Кочугур Ірина Володимирівна
докторка філософії, асистентка кафедри медицини
надзвичайних ситуацій та тактичної медицини
Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця
(м. Київ, Україна)

ОПТИМІЗАЦІЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ВОЄННОГО ХАРАКТЕРУ: МЕДИКО-ПРАВОВИЙ ПІДХІД

Тема оптимізації якості медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій є надзвичайно актуальною в сучасних умовах, оскільки воєнний стан суттєво впливає на функціонування системи охорони здоров'я. Зростання кількості травм, поранень, гострих станів, а також обмеженість ресурсів і порушення стабільної роботи медичних закладів створюють додаткові виклики, щодо забезпечення своєчасної та якісної медичної допомоги. У таких умовах особливого значення набуває не лише ефективність лікування, але й здатність системи охорони здоров'я адаптуватися до надзвичайних ситуацій, забезпечуючи безперервність медичної допомоги.

Надзвичайні ситуації, особливо воєнного характеру, характеризуються високим рівнем невизначеності, дефіцитом часу для прийняття рішень та значним навантаженням на медичний персонал. Масові ураження, необхідність швидкого сортування постраждалих, обмеженість медичних ресурсів та логістичні труднощі значно ускладнюють процес надання допомоги. У зв'язку з цим якість медичної допомоги визначається не лише відповідністю клінічним стандартам, але й ефективністю організації медичних заходів, координацією дій різних служб та здатністю системи працювати в умовах підвищеного ризику.

Визначальну роль у забезпеченні якості медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій відіграє правове регулювання, яке встановлює межі допустимих рішень і дій медичних працівників у ситуаціях обмежених ресурсів та дефіциту часу. Конституційно закріплене право на медичну допомогу зберігає свою дію і в умовах воєнного стану, однак механізми його реалізації зазнають суттєвої трансформації. Зокрема, відбувається зміщення акцентів від індивідуалізованого підходу до пацієнта до пріоритету макси-

мально ефективного використання наявних ресурсів, що об'єктивно впливає на критерії оцінки якості медичної допомоги [1, с. 131].

Системний аналіз нормативно-правової бази свідчить про наявність структурної неоднорідності правового регулювання у сфері охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій. Загальні норми, орієнтовані на стабільне функціонування системи, не повною мірою враховують специфіку кризових умов, тоді як спеціальні регуляторні механізми залишаються фрагментарними та не завжди узгодженими між собою. Це проявляється, зокрема, у відсутності чітко визначених правових алгоритмів дій при масових ураженнях, неврегульованості окремих аспектів медичної евакуації та недостатній нормативній визначеності міжвідомчої взаємодії [2, с. 185].

Разом з тим, у практичній діяльності виникає низка проблем, пов'язаних із недостатньою узгодженістю нормативно-правових актів та реальними умовами надання медичної допомоги. Зокрема, спостерігається невідповідність між існуючими стандартами якості медичної допомоги та можливостями їх дотримання в умовах обмежених ресурсів, дефіциту часу та значного навантаження на медичний персонал. Крім того, відсутність чітких алгоритмів дій у деяких кризових ситуаціях може призводити до зниження ефективності медичної допомоги та збільшення ризиків для життя і здоров'я пацієнтів.

Окрему увагу слід приділити організаційним аспектам забезпечення якості медичної допомоги. В умовах надзвичайних ситуацій особливого значення набуває ефективна координація між закладами охорони здоров'я, екстреними службами, військовими формуваннями та іншими суб'єктами, залученими до ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Недостатній рівень такої взаємодії може призводити до дублювання функцій, нерационального використання ресурсів та затримок у наданні медичної допомоги, що в кінцевому результаті негативно впливає на її якість.

Важливим аспектом забезпечення якості медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій є дотримання прав медичних працівників. У період воєнного стану вони працюють в умовах підвищеного ризику для життя та здоров'я, значного фізичного та психологічного навантаження, а також обмеженості ресурсів. Законодавство України гарантує медичним працівникам належні

умови праці, соціальний захист та право на безпечне виконання професійних обов'язків, проте на практиці ці гарантії не завжди можуть бути повною мірою реалізовані. Це зумовлює необхідність удосконалення правових механізмів захисту медичного персоналу та створення додаткових умов для їх ефективної діяльності.

Не менш значущим є забезпечення прав пацієнтів в умовах надзвичайних ситуацій. Кожен пацієнт має право на доступну та якісну медичну допомогу, інформовану згоду на медичне втручання, конфіденційність медичної інформації та повагу до своєї гідності. Однак у кризових умовах, зокрема при масових ураженнях, ці права можуть зазнавати певних обмежень, що обумовлено необхідністю швидкого прийняття рішень та пріоритетністю порятунку життя. Це створює складні етичні та правові дилеми для медичних працівників, які змушені балансувати між дотриманням прав пацієнтів та необхідністю діяти в умовах обмеженого часу і ресурсів.

У зв'язку з цим особливого значення набуває впровадження чітких клінічних та організаційних протоколів, адаптованих до умов надзвичайних ситуацій. Використання принципів сортування постраждалих, стандартизація медичних втручань, а також належна підготовка медичного персоналу дозволяють підвищити ефективність надання допомоги та мінімізувати ризики для пацієнтів. Водночас такі протоколи повинні мати належне правове підґрунтя, що забезпечить їх легітимність та захистить медичних працівників у процесі прийняття складних рішень [3, с. 25].

Визначальним напрямом оптимізації якості медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій є удосконалення системи підготовки медичних працівників. Робота в умовах воєнного стану потребує не лише високого рівня професійних знань, але й сформованих навичок швидкого прийняття рішень, роботи в команді та дій у стресових ситуаціях. Запровадження спеціалізованих тренінгів, симуляційних навчань та програм підвищення кваліфікації сприяє підвищенню готовності медичного персоналу до ефективної діяльності в умовах надзвичайних ситуацій та забезпеченню належної якості медичної допомоги.

Крім того, ключовим є вдосконалення матеріально-технічного забезпечення системи охорони здоров'я. Наявність сучасного обладнання, достатньої кількості лікарських засобів, засобів ін-

дивідуального захисту та налагоджених логістичних процесів є необхідною умовою для надання якісної медичної допомоги. В умовах надзвичайних ситуацій особливо актуальним є створення резервів медичних ресурсів, а також забезпечення їх оперативного розподілу відповідно до потреб регіонів, що постраждали.

Не менш ваговим є вдосконалення правового регулювання у сфері охорони здоров'я з урахуванням специфіки надзвичайних ситуацій. Необхідним є розроблення та впровадження чітких нормативно-правових актів, які регламентують діяльність медичних працівників у кризових умовах, визначають порядок взаємодії між різними службами та забезпечують захист прав усіх учасників медичного процесу. Особлива увага має приділятися гармонізації національного законодавства з міжнародними стандартами у сфері охорони здоров'я та гуманітарного права.

Таким чином, в умовах надзвичайних ситуацій, зокрема воєнного характеру, забезпечення якості медичної допомоги є одним із ключових завдань системи охорони здоров'я, що потребує комплексного підходу та ефективного поєднання клінічних, організаційних і правових механізмів. Встановлено, що надзвичайні ситуації суттєво ускладнюють процес надання медичної допомоги через обмеженість ресурсів, підвищене навантаження на медичний персонал та необхідність швидкого прийняття рішень, що може негативно впливати на її якість. Оптимізація якості медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій є комплексним процесом, що потребує системних змін у правовому регулюванні, організації медичної допомоги та підготовці кадрів, що в цілому сприятиме підвищенню ефективності функціонування системи охорони здоров'я в кризових умовах та збереженню життя і здоров'я населення.

Список використаних джерел

1. Качмар М. З. Особливості реалізації права на медичну допомогу в умовах воєнного стану в Україні // Юридичний науковий електронний журнал. 2024. № 7. С. 130–132. <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2024-7/30>
2. Пашнев В. Необхідність удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах війни // Успіхи та досягнення у науці. 2024. № 3(3). С. 181–193. [https://doi.org/10.52058/3041-1254-2024-3\(3\)-181-193](https://doi.org/10.52058/3041-1254-2024-3(3)-181-193)
3. Лопаткіна О. Л. Політика публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах війни // Наукові перспективи. 2024. № 2. С. 21–28. <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2024.2.03>

Кривенко Олександр Іванович
кандидат юридичних наук, доцент кафедри судової медицини,
медичного правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса
Харківського національного медичного університета
(м. Харків, Україна)

Капустник Володимир Валерійович
доктор юридичних наук, професор кафедри судової медицини,
медичного правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса
Харківського національного медичного університета
(м. Харків, Україна)

ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ВИКЛИКИ РЕОРГАНІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ПЕРЕХІД ВІД КНП ДО КНТ

Реформування системи охорони здоров'я в Україні, розпочате в останні роки, докорінно змінило економіко-правовий ландшафт вітчизняної медицини. На сьогодні основними суб'єктами, що надають медичну допомогу населенню та співпрацюють із Національною службою здоров'я України (НСЗУ), виступають комунальні некомерційні підприємства (КНП). Проте в умовах воєнного стану корпоративне законодавство України зазнало масштабної трансформації: втрата чинності Господарським кодексом України ознаменувала остаточний перехід до стандартів європейського приватного права.

З цивілістичної точки зору, конструкція «підприємство» не є самостійною організаційно-правовою формою. Тому Закон України «Про особливості регулювання підприємницької діяльності окремих видів юридичних осіб та їх об'єднань у перехідний період» від 09.01.2025 р. № 4196-IX зобов'язує впродовж трирічного періоду трансформувати всі діючі КНП у комунальні некомерційні товариства (КНТ) [1]. Цей перехід змінює правову природу закладу: від застарілої унітарної моделі з розмитими речовими правами до повноцінної корпоративної моделі.

Законодавець заклав ключові юридичні гарантії для безперервного функціонування медичної мережі через інститут універсального правонаступництва. Перетворення КНП на КНТ не є підставою для анулювання медичної ліцензії, а договори з НСЗУ

продовжують діяти без необхідності негайного переукладання. Зберігається і податковий статус неприбутковості за умови дотримання ст. 133 Податкового кодексу України [2].

Водночас, недосконалість перехідних положень законодавства призводить до того, що ці суто правові трансформації провокують каскад організаційних викликів, які мають прямі юридичні наслідки для медичних закладів. Зміна організаційно-правової форми — це не просто зміна вивіски чи печатки, це тригер для масштабного документального перезавантаження.

Здавалося б, суто «побутові» питання (оновлення печаток, штампів та фірмових бланків) у медичній практиці набувають критичного юридичного значення. Невідповідність відбитка печатки чи штампа на паперовому листку непрацездатності, рецептурному бланку (зокрема на наркотичні засоби) або медичній довідці новій юридичній назві товариства (КНТ) робить такий документ юридично нікчемним, що порушує права пацієнтів. Крім того, реорганізація вимагає повної переробки статутів із впровадженням нових механізмів корпоративного управління, внесення змін до колективних договорів, посадових інструкцій, а також офіційного повідомлення ліцензіара (МОЗ України) про зміну найменування ліцензіата для внесення відповідних відомостей до реєстру [3].

Підсумовуючи, перехід до КНТ є не номінальною зміною назви, а глибокою корпоративною реформою. Успішна реалізація чинних законодавчих вимог перехідного періоду потребує розробки чітких підзаконних механізмів та методичної підтримки з боку держави (зокрема, затвердження типових статутів КНТ), задля недопущення дестабілізації роботи медичної мережі та блокування документообігу лікарень в умовах воєнного стану. Лише комплексний підхід, який поєднує нормативну визначеність із дієвими алгоритмами управлінських рішень, дозволить перетворити цей корпоративний виклик на потужний інструмент модернізації галузі. У кінцевому підсумку, гарантування правової безпеки та ефективної автономії реорганізованих закладів стане надійним фундаментом для забезпечення безперервності та високої якості надання медичної допомоги населенню України.

Список використаних джерел

1. Про особливості регулювання діяльності юридичних осіб окремих організаційно-правових форм у перехідний період та об'єднань юридичних осіб : Закон України від 09.01.2025 р. № 4196-IX. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4196-20#Text> (дата звернення: 15.03.2026).

2. Податковий кодекс України : Закон України від 02.12.2010 р. № 2755-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17> (дата звернення: 15.03.2026).

3. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України від 02.03.2015 р. № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19> (дата звернення: 15.03.2026).

*Леонець Ігор Володимирович,
викладач, Київського професійно-педагогічного
фахового коледжу імені Антона Макаренка
(м. Київ, Україна)*

РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

На сучасному етапі розвитку українського суспільства, що функціонує в умовах воєнного стану, питання забезпечення доступу до освіти для всіх категорій населення набуває особливої актуальності. Повномасштабна збройна агресія спричинила значне зростання кількості осіб, які зазнали поранень, травм або отримали інвалідність, що, у свою чергу, зумовлює необхідність комплексного підходу до їхньої реабілітації та інтеграції у суспільне життя. Одним із ключових напрямів такої інтеграції є забезпечення інклюзивного освітнього середовища, в якому фізична реабілітація відіграє визначальну роль.

Відповідно до положень Закону України «Про освіту», кожен має право на якісну та доступну освіту незалежно від стану здоров'я, а держава зобов'язана створювати умови для реалізації цього права [1]. Водночас Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» визначає правові, організаційні та економічні засади надання реабілітаційних послуг, спрямованих на відновлення функціонування організму та соціальну адаптацію особи [2].

У цьому контексті фізична реабілітація виступає не лише складовою системи охорони здоров'я, але й важливим інструментом забезпечення інклюзії в освітньому процесі. Її основне завдання полягає у відновленні рухових функцій, підвищенні рівня фізичної активності та формуванні здатності особи до самостійного виконання навчальних і соціальних функцій.

Інклюзивне освітнє середовище передбачає створення умов, за яких здобувачі освіти з особливими освітніми потребами можуть повноцінно брати участь у навчальному процесі. Це включає не лише архітектурну доступність, але й адаптацію освітніх програм, використання спеціальних методик навчання та забезпечення

психофізичного супроводу. У цьому процесі фізична реабілітація виконує низку ключових функцій.

По-перше, вона сприяє відновленню фізичних можливостей здобувачів освіти після травм, що є особливо актуальним для осіб, які постраждали внаслідок бойових дій. По-друге, фізична реабілітація забезпечує адаптацію до навчального навантаження, дозволяючи уникнути перевантаження організму та зниження ефективності навчання. По-третє, вона має важливе профілактичне значення, запобігаючи розвитку ускладнень та вторинних порушень здоров'я.

Крім того, фізична реабілітація відіграє важливу роль у формуванні психологічної стійкості та мотивації до навчання. Як зазначають сучасні дослідники, фізична активність позитивно впливає на психоемоційний стан особи, сприяє зниженню рівня тривожності та підвищенню самооцінки [3, с. 54].

Важливим елементом реалізації інклюзивного освітнього середовища є впровадження адаптивної фізичної культури, яка передбачає індивідуалізацію фізичних навантажень з урахуванням стану здоров'я здобувачів освіти. Це дозволяє забезпечити безпечні та ефективні умови для їхнього фізичного розвитку та соціалізації.

Разом з тим, в умовах воєнного стану існує низка проблем, що ускладнюють ефективну реалізацію фізичної реабілітації в освітньому середовищі. Серед них варто виділити недостатню кількість кваліфікованих фахівців з реабілітації, обмежений доступ до сучасного обладнання, а також недостатню координацію між закладами освіти та установами охорони здоров'я. Крім того, нерівномірність впровадження інклюзивних практик у різних регіонах України створює додаткові бар'єри для забезпечення рівного доступу до освіти.

У цьому контексті особливої уваги потребує питання вдосконалення механізмів міжвідомчої взаємодії, що дозволить забезпечити комплексний підхід до реабілітації та інтеграції осіб з інвалідністю. Важливим також є підвищення рівня підготовки педагогічних та медичних працівників у сфері інклюзивної освіти та реабілітації.

Отже, фізична реабілітація є невід'ємною складовою забезпечення інклюзивного освітнього середовища в умовах воєнного

стану. Вона сприяє не лише фізичному відновленню, але й соціальній інтеграції здобувачів освіти, формуванню їхньої активної життєвої позиції та підвищенню якості життя. Подальший розвиток системи фізичної реабілітації має здійснюватися з урахуванням сучасних викликів та потреб суспільства, що забезпечить ефективну реалізацію прав людини на освіту та охорону здоров'я.

Список використаних джерел

1. Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 № 2145-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19> (дата звернення: 08.04.2026).

2. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20> (дата звернення: 08.04.2026).

3. Круцевич Т.Ю. Теорія і методика фізичного виховання. Київ: Олімпійська література, 2017. 392 с.

4. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання школярів. Тернопіль: Навчальна книга — Богдан, 2018. 272 с.

5. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр» від 12.07.2017 № 545. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-п> (дата звернення: 09.04.2026).

*Литвин Наталія Анатоліївна,
докторка юридичних наук, професорка,
директорка Навчально-наукового центру медичного права,
професорка кафедри службового та медичного права ННІ права
Київського національного університету імені Тараса Шевченка,
(м. Київ, Україна)*

КОМПЕТЕНЦІЙНА МОДЕЛЬ У СФЕРІ ВЕТЕРАНСЬКОЇ ПОЛІТИКИ: НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ТА ВИКЛИКИ

В умовах збройної агресії проти України та зростання кількості ветеранів війни особливої актуальності набуває питання ефективності функціонування системи публічного адміністрування у сфері ветеранської політики, зокрема у частині забезпечення медичної, психологічної та соціальної реабілітації. Реалізація відповідних прав безпосередньо залежить від належного нормативно-правового визначення та узгодженості повноважень суб'єктів публічної адміністрації.

Нормативне підґрунтя у цій сфері формують Закон України «Про статус ветеранів війни та гарантії їх соціального захисту» [1], Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їхніх сімей» [2], Закон України «Про центральні органи виконавчої влади» [3], Закон України «Про адміністративні послуги» [4], Закон України «Про соціальні послуги» [5], Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [6], а також Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» [7]. Окремі процедурні аспекти деталізуються у підзаконних актах Кабінету Міністрів України, зокрема постановвах № 413 від 20.08.2014 р. [8] та № 126 від 07.02.2025 р. [9].

Аналіз зазначених нормативно-правових актів свідчить, що сформована модель розподілу повноважень має багаторівневий, але водночас фрагментований характер. Законодавство забезпечує закріплення матеріально-правових гарантій, однак не формує комплексної адміністративно-правової конструкції їх реалізації. Зокрема, відсутнє нормативне закріплення координаційної компетенції як самостійного виду владних повноважень, що зумовлює розпорошення процедур та відсутність процесуальної єдності у діяльності суб'єктів публічної адміністрації.

Особливої гостроти ця проблема набуває у сфері медичної, психологічної та соціальної реабілітації ветеранів, яка має міжгалузевий характер. Відповідні повноваження розподілені між різними органами виконавчої влади (насамперед у системах охорони здоров'я, соціального захисту та ветеранської політики), однак механізми їх взаємодії залишаються недостатньо врегульованими. Це призводить до дублювання функцій, виникнення прогалин у відповідальності та порушення принципу безперервності надання допомоги.

Системний аналіз дозволяє виокремити низку інституційних проблем: відсутність інтегрованого підходу до реалізації прав ветеранів; неузгодженість процедур набуття статусу та отримання соціальних послуг; відсутність нормативно визначеного алгоритму міжвідомчої взаємодії; покладання надмірного процедурного навантаження на самого ветерана як заявника. Наявна модель фактично функціонує як сукупність паралельних компетенцій, які формально співвіднесені, але не інтегровані у єдиний адміністративний процес.

Зазначимо, що ключовим системним недоліком є відсутність нормативно закріпленої координаційної компетенції, яка б забезпечувала узгодження дій суб'єктів публічної адміністрації, концентрацію відповідальності за кінцевий адміністративний результат та процедурну єдність реалізації прав ветеранів.

З огляду на це, удосконалення нормативно-правового регулювання має здійснюватися у напрямі: закріплення координаційної компетенції як самостійного елементу адміністративно-правового статусу органів публічної влади; визначення уповноваженого координуючого суб'єкта із чітко окресленими повноваженнями та відповідальністю; впровадження імперативних механізмів міжвідомчої інформаційної та процедурної взаємодії; нормативного закріплення інтегрованої процедури адміністративного супроводу ветерана за принципом «єдиного вікна».

Отримані результати дають підстави стверджувати, що проблема розподілу повноважень у сфері ветеранської політики має системний та інституційний характер і не може бути вирішена шляхом фрагментарних змін окремих нормативних актів. Необхідним є формування нової моделі публічного адміністрування, заснованої на принципах інтегрованості, процедурної єдності та концентрації відповідальності.

Відсутність координаційної компетенції варто розглядати як концептуальну ваду чинної адміністративно-правової моделі, що обумовлює неефективність реалізації навіть належним чином закріплених матеріальних гарантій. У цьому контексті запровадження координаційної компетенції має не допоміжний, а системотворюючий характер.

Отже, без нормативного закріплення обов'язковості міжвідомчої взаємодії та визначення суб'єкта, відповідального за кінцевий адміністративний результат, неможливо забезпечити ані безперервність реабілітаційного процесу, ані ефективний захист прав ветеранів.

Таким чином, перспективним напрямом розвитку законодавства є перехід від моделі розподілу повноважень до моделі інтегрованого управління ветеранською політикою, в якій координація виступає самостійною юридичною категорією та обов'язковим елементом адміністративної компетенції.

Список використаних джерел

1. Про статус ветеранів війни та гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22 жовтня 1993 року № 3551-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text> (дата звернення: 27.03.2026)

2. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їхніх сімей : Закон України від 20 грудня 1991 року № 2011-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text> (дата звернення: 27.03.2026)

3. Про центральні органи виконавчої влади : Закон України від 17 березня 2011 року № 3166-VI URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3166-17#Text> (дата звернення: 27.03.2026)

4. Про адміністративні послуги : Закон України від 6 вересня 2012 року № 5203-VI URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5203-17#Text> (дата звернення: 27.03.2026)

5. Про соціальні послуги : Закон України від 17 січня 2019 року № 2671-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text> (дата звернення: 27.03.2026)

6. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 3 грудня 2020 року № 1053-IX URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 27.03.2026)

7. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 27.03.2026)

8. Про затвердження Порядку надання та позбавлення статусу учасника бойових дій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України : Постанова Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2014 р. № 413 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/413-2014-%D0%BF#Text> (дата звернення: 27.03.2026)

9. Деякі питання забезпечення професійної адаптації осіб, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членів сімей таких осіб, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, членів сімей загиблих (померлих) захисників та захисниць України : Постанова Кабінету Міністрів України від 7 лютого 2025 р. № 126 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/126-2025-%D0%BF#Text> (дата звернення: 27.03.2026)

Мацелюх Іванна Андріївна
докторка юридичних наук, професорка,
професорка кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНО ОРІЄНТОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВETERANІВ ВІЙНИ: АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ

Повномасштабне вторгнення Російської Федерації в лютому 2022 року докорінно змінило масштаби участі жінок у збройному конфлікті: станом на вересень 2024 року загальна чисельність жінок у Збройних Силах України сягнула 68 000 осіб, з яких понад 48 000 — військовослужбовиці [1]. Водночас адміністративно-правовий механізм реабілітації ветеранів фактично не зазнав відповідної трансформації. Попри де-юре рівний доступ до реабілітаційних послуг, де-факто система залишається орієнтованою на чоловічий досвід служби, що створює системну нерівність для жінок-ветеранок. Така ситуація вимагає наукового осмислення в площині адміністративного права, адже йдеться не лише про медичну справедливість, але й про ефективність публічного управління у сфері соціального захисту. Масштаб психологічної травми, спричиненої найбільшим збройним конфліктом у Європі з часів Другої світової війни, є безпрецедентним, а це означає, що будувати систему реабілітації, яка відповідає потребам кожного ветерана незалежно від статі, необхідно вже зараз.

Базовим законодавчим актом у досліджуваній сфері є Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22.10.1993 № 3551-ХІІ, який закріплює право ветеранів на медичне обслуговування та реабілітацію, проте не містить будь-яких гендерно-диференційованих норм щодо її змісту та організації [2]. Гендерно-правова експертиза цього закону, проведена Міністерством юстиції у 2019 році, констатувала, що він є формально гендерно нейтральним, але не забезпечує урахування специ-

фічних потреб жінок-ветеранок. Зазначений висновок підтверджує загальнодоктринальну позицію: формальна нейтральність законодавчих норм без забезпечення інструментів їх практичної реалізації відтворює структурну нерівність [3]. На підзаконному рівні певні кроки зроблено у сфері речового забезпечення — зокрема, у 2023 році затверджено жіночу уніформу з урахуванням антропометричних параметрів — проте аналогічних змін у реабілітаційних протоколах Міністерства охорони здоров'я та Міністерства у справах ветеранів досі не відбулося. Таким чином, чинне законодавство про ветеранів проголошує гендерно орієнтований підхід, але не втілює його у конкретних механізмах: відсутні стандарти надання допомоги з урахуванням статі, обов'язковий гендерний аудит реабілітаційних програм, чіткі норми щодо психологічної реабілітації жінок-ветеранок.

Твердження про необхідність диференційованого підходу ґрунтується не на ідеологічних міркуваннях, а на медичних і нейробіологічних даних. Поширеність посттравматичного стресового розладу впродовж життя становить 8–13 % для жінок і лише 4–6 % для чоловіків у загальній популяції, а серед ветеранів жінки також демонструють вищі показники [4]. При цьому симптоматика суттєво різниться: у чоловіків під дією стресу домінує реакція нападу або втечі, що проявляється через вибухи гніву, ризиковану поведінку, зловживання алкоголем; у жінок значно сильніше активується реакція турботи та єднання, тому посттравматичний стресовий розлад частіше проявляється через хронічну тривогу, безсоння, соматичні болі та депресію. Через це стан жінок довше залишається непоміченим, а самі вони рідше звертаються по допомогу. Поряд із цим дослідження проекту «Невидимий батальйон» зафіксували, що під час служби жінки не мали доступу до гінекологічної допомоги, а реабілітаційні центри не були обладнані відповідно до їхніх потреб [5]. Стрес від бойових дій, контузії та поранення можуть мати тривалі наслідки для репродуктивної функції, однак протоколи реабілітаційного спостереження за жінками-ветеранками не передбачають систематичного моніторингу цих аспектів. Водночас чоловіки-ветерани також стикаються зі специфічними бар'єрами: культурна стигматизація, криза ідентичності після поранення чи ампутації, провина того, хто вижив — усе

це потребує окремої терапевтичної уваги. Отже, єдиний протокол для всіх є не нейтральним, а системно неефективним рішенням. Як відповідно зазначають дослідники, формування гендерної парадигми в праві передбачає не просто декларування рівності, а вироблення конкретних правових механізмів, здатних нівелювати фактичні відмінності у становищі чоловіків і жінок [3].

Провідним міжнародним документом у досліджуваній сфері є Резолюція Ради Безпеки ООН 1325 (2000) «Жінки, мир і безпека», яка разом із дев'ятьма тематичними резолюціями утворює цілісну архітектуру захисту жінок в умовах збройного конфлікту [6]. ВООЗ у Комплексному плані дій з психічного здоров'я на 2013–2030 роки встановлює принцип гендерно-чутливого доступу до послуг психічного здоров'я для всіх категорій населення. НАТО в рамках концепції GENAD просуває стандарти гендерної чутливості як у бойовій, так і в реабілітаційній практиці [7].

Таким чином, проведений аналіз дозволяє сформулювати такі висновки. По-перше, чинне українське законодавство про ветеранів є формально гендерно нейтральним, але фактично відтворює нерівність, оскільки реабілітаційні стандарти й протоколи розроблялися без урахування специфічних медичних і психологічних потреб жінок. По-друге, відмінності у перебігу посттравматичного стресового розладу, доступі до психологічної допомоги та репродуктивному здоров'ї жінок-ветеранок потребують не загальних норм рівності, а конкретних гендерно-диференційованих адміністративних протоколів. По-третє, міжнародні стандарти ООН, ВООЗ і НАТО вже містять відповідні рамки, проте Україна імплементувала їх лише на декларативному рівні без належного підзаконного нормативного наповнення. З урахуванням зазначеного пропонується: закріпити у базових законах про реабілітацію зобов'язання щодо гендерно чутливих протоколів як норму прямої дії з конкретними термінами та відповідальними органами; ввести обов'язкову гендерну складову у підготовку та перепідготовку психологів, психіатрів і лікарів, які працюють із ветеранами; розробити окремі клінічні стандарти для жінок-ветеранок з урахуванням специфіки симптоматики, гормонального контексту та репродуктивного здоров'я; сформувати захищену нормативну базу для роботи з військовою сексуальною травмою з гарантіями

конфіденційності та принципом добровільності; запровадити незалежний гендерний моніторинг реабілітаційних програм з обов'язковою розбивкою статистики за статтю; включити сім'ю у правовий контур реабілітації як повноцінний суб'єкт відновлювального процесу. Реалізація цих заходів дозволить перейти від декларативних норм до дієвих інструментів забезпечення гендерної рівності у сфері ветеранської реабілітації — і наблизити право до його найвищого призначення: бути обіцянкою суспільства кожній людині, яка захищала його існування.

Список використаних джерел

1. Дараган Л. Загальна чисельність жінок у ЗСУ — 68 000 / Міністерство оборони України. Міжнародний семінар з питань гендерної рівності в рамках Рішельє-форуму. 27 вересня 2024.

2. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22.10.1993 № 3551-XII (редакція від 01.01.2026). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12>

3. Оніщенко Н. М., Малюга Л. Ю., Булкат М. С. Забезпечення гендерної рівності: модерація суспільного діалогу, виклики та інструменти їх подолання. *Право України*. 2025. № 3. С. 57–69. DOI: 10.33498/louu-2025-03-057

4. Lehavot K., Goldberg S. B., Chen J. A. et al. Post-traumatic Stress Disorder by Gender and Veteran Status. *American Journal of Preventive Medicine*. 2018. Vol. 54, № 1. P. 1–9. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7217324/>

5. *Invisible Battalion 2.0: Women Veterans Returning to Peaceful Life* / Institute of Gender Programs. Kyiv, 2019. URL: <https://ukraine.un.org/sites/default/files/2020-09/invisible%20battalion%20eng.pdf>

6. United Nations Security Council Resolution 1325 (2000) on Women, Peace and Security, S/RES/1325 / UN Women. URL: <https://www.unwomen.org/en/docs/2000/10/un-security-council-resolution-1325>

7. Гриценко В. Г., Сусак М. С., Мамка В. В. Гендерні аспекти медичної та психологічної реабілітації ветеранів війни: адміністративно-правовий аналіз. *Юридичний науковий електронний журнал* № 2/2026. С. 185–188. URL: 42.pdf

*Мельник Алла Анатоліївна,
кандидатка юридичних наук, асистентка кафедри
службового та медичного права ННІ права
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)*

ЮРИДИЧНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ

Юридична відповідальність медичних працівників ґрунтується на необхідності забезпечення якісної та безпечної медичної допомоги, а також дотримання професійних стандартів і норм медичної етики. Вона відіграє важливу роль у регулюванні відносин між лікарем і пацієнтом, створюючи правові механізми захисту прав кожної зі сторін.

Поняття юридичної відповідальності медичних працівників охоплює широке коло питань, пов'язаних із дотриманням законодавчих норм, стандартів надання медичної допомоги та професійних обов'язків. Юридична відповідальність медичних працівників визначає межі дозволеної поведінки в медичній практиці, регулюючи їхні дії на кожному етапі надання допомоги. Вона передбачає, що кожен медик зобов'язаний діяти у відповідності до чинного законодавства, дотримуватися стандартів лікування та забезпечувати безпеку пацієнтів.

Юридична відповідальність медичних працівників нерозривно пов'язана з принципами законності, професіоналізму та сумлінності. Вона означає, що лікар, медсестра (медбрат) чи будь-який інший медичний працівник повинні діяти відповідно до встановлених норм, дотримуватися етичних стандартів і нести відповідальність за можливі порушення своїх професійних обов'язків. Оскільки медична діяльність безпосередньо впливає на життя і здоров'я людини, поняття юридичної відповідальності медичних працівників покликане запобігати ситуаціям, коли необережні або неправомірні дії медиків можуть завдати шкоди пацієнтам [1, с. 20].

Особливістю поняття юридичної відповідальності медичних працівників є те, що воно охоплює як правові, так і етичні аспекти

їхньої професійної діяльності. Медики не лише повинні дотримуватися законодавчих норм, а й виконувати свою роботу на високому рівні, враховуючи морально-етичні принципи. Юридична відповідальність медичних працівників також пов'язана з поняттям належної медичної практики, що включає обов'язок діяти в інтересах пацієнта, забезпечувати точність діагностики, правильність лікування та уникати дій, які можуть зашкодити здоров'ю людини.

Юридична відповідальність медичних працівників також визначає, що вони повинні діяти в межах своїх професійних повноважень. Це означає, що лікар не може призначати лікування, якщо воно виходить за межі його компетенції, або виконувати процедури, на які він не має відповідної кваліфікації. У цьому контексті поняття юридичної відповідальності медичних працівників набуває особливого значення, адже правильний розподіл обов'язків у медичній сфері забезпечує ефективність лікування та безпеку пацієнтів.

Важливо зазначити, що юридична відповідальність медичних працівників спрямована не лише на покарання за порушення, але й на попередження можливих проблем у сфері медичного обслуговування. Вона є важливим інструментом, що допомагає підтримувати високу якість медичних послуг, забезпечує довіру пацієнтів до системи охорони здоров'я та сприяє професійному розвитку лікарів. Усвідомлення медичними працівниками своєї юридичної відповідальності дозволяє уникати ризиків, що можуть виникнути в процесі лікування, та забезпечує ефективність медичної допомоги.

Таким чином, поняття юридичної відповідальності медичних працівників є багатограним і комплексним. Воно охоплює широкий спектр аспектів професійної діяльності, включаючи дотримання законодавчих норм, відповідальне ставлення до своїх обов'язків, забезпечення безпеки пацієнтів і дотримання етичних стандартів. Юридична відповідальність медичних працівників відіграє вирішальну роль у формуванні якісної та ефективної системи охорони здоров'я, сприяє підвищенню рівня професіоналізму та гарантує, що кожен пацієнт отримує необхідну допомогу в умовах законності та справедливості.

Один із ключових аспектів юридичної відповідальності у медицині полягає в тому, що вона може виникати з найрізноманітніших

обставин — від незначних помилок у судженнях до серйозних випадків недбалості чи халатності. Законодавство намагається встановити чіткі рамки того, коли і яким чином медичні працівники мають нести відповідальність за свої дії. Оскільки медицина є складною, високоспеціалізованою сферою, що постійно розвивається, юридичні аспекти медичної практики також зазнають змін, відображаючи прогрес у медичних знаннях, технологіях і суспільних очікуваннях.

Питання відповідальності у медичній сфері ще більше ускладнюється тим, що лікувальний процес часто пов'язаний із природними ризиками, через що важко провести чітку межу між прийнятною і неприпустимою медичною практикою. У багатьох випадках для визначення відповідальності необхідний глибокий аналіз медичних доказів, експертних висновків і судової практики. Значний вплив на сприйняття юридичної відповідальності має зростаюча поінформованість пацієнтів про свої права та можливі заходи захисту в разі лікарських помилок.

Однією з найсерйозніших форм відповідальності для медичних працівників є кримінальна відповідальність. Вона настає у випадках, коли дії лікаря або іншого медичного фахівця кваліфікуються як злочин відповідно до кримінального законодавства країни, де відбулася дія чи бездіяльність медичного працівника. Це можуть бути ситуації, пов'язані з умисним або необережним заподіянням шкоди здоров'ю пацієнта, що призвело до тяжких наслідків, таких як смерть чи значне погіршення стану здоров'я. Наприклад, якщо лікар застосував недозволені методи лікування, провів операцію без належного дозволу чи допустив грубу недбалість, через що пацієнт зазнав серйозної шкоди, це може розглядатися як кримінальне правопорушення. Такі випадки регулюються нормами кримінального права, і винні в цьому особи можуть бути піддані суворим покаранням, включаючи позбавлення волі, штрафи або навіть заборону на професійну діяльність в сфері охорони здоров'я.

Медичні працівники також можуть нести адміністративну відповідальність. Ця форма відповідальності охоплює менш тяжкі порушення, які не мають ознак злочину, але все ж виходять за межі встановлених законом норм. Адміністративні правопорушення у

сфері медицини можуть включати порушення санітарних норм, недотримання правил ведення документації, незаконну діяльність у сфері медичних послуг, а також невиконання вимог органів державного контролю у сфері охорони здоров'я. Санкції в таких випадках щодо працівників медичного цеху можуть варіюватися від адміністративних штрафів та письмових попереджень аж до тимчасового припинення ліцензії на зайняття медичною практикою. Адміністративні заходи застосовуються з метою контролю та регулювання медичної діяльності, щоб забезпечити відповідність усіх процедур чинному законодавству та мінімізувати ризики для пацієнтів.

Ще однією важливою формою відповідальності є цивільна-правова відповідальність, яка, на відміну від кримінальної та адміністративної, має переважно характер відшкодування шкоди. Вона настає у випадках, коли дії або бездіяльність медичного працівника спричинили матеріальну або моральну шкоду пацієнтові, незалежно від наявності ознак злочину чи адміністративного правопорушення. Наприклад, якщо лікар допустив помилку в діагностиці або при призначенні лікування, внаслідок чого пацієнт зазнав серйозних ускладнень зі своїм здоров'ям, він має право звернутися до суду з позовом про відшкодування шкоди. У таких випадках судові органи можуть зобов'язати медичний заклад або конкретного лікаря компенсувати пацієнту витрати на додаткове лікування, реабілітацію чи моральну шкоду, якщо буде доведено факт порушення професійних стандартів. На практиці, найчастіше компенсує заклад, та потім використовує право регресу щодо винного лікаря.

У вітчизняній літературі та наукових працях загалом не часто звертають увагу на такий вид відповідальності медичного працівника як дисциплінарна відповідальність, це пояснюється скоріше за все тим, що санкції там несуть досить м'який характер в порівнянні з санкціями інших видів, але насправді, дисциплінарна відповідальність надає можливість корегувати та підтримувати роботу медичних працівників у відповідності до загальноприйнятих стандартів в найдрібніших ситуаціях, які можуть виникати в сфері охорони здоров'я. Навіть найдрібніше порушення медичним працівником своїх обов'язків може призвести до порушення прав пацієнтів, які наразі,

відповідно до пацієнто-орієнтованого підходу, є найважливішим інтересом сфери охорони здоров'я у всьому світі [2].

Дисциплінарна відповідальність є важливим інструментом контролю за медичною практикою. Вона гарантує, що медичні працівники дотримуються високих стандартів етики та професійної поведінки, а також забезпечує захист пацієнтів від недобросовісних дій лікарів. Завдяки своєчасному застосуванню дисциплінарних заходів регулюючі органи підтримують довіру суспільства до системи охорони здоров'я та сприяють збереженню її репутації.

Виходячи з вищезазначеного, юридична відповідальність у сфері медицини є багатограним поняттям, що охоплює різні види правових наслідків для медичних працівників, залежно від характеру їхніх дій або бездіяльності. Кримінальна відповідальність передбачає суворі покарання за злочини, адміністративна накладає санкції за порушення встановлених норм і правил, цивільна спрямована на компенсацію шкоди пацієнтам, а дисциплінарна намагається відвернути навіть найменші помилки медичних працівників. Усі ці форми відповідальності взаємопов'язані та складають собою поняття юридичної відповідальності в сфері охорони здоров'я, сприяють забезпеченню високих стандартів медичної допомоги, дотриманню законності у сфері охорони здоров'я та захисту прав пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Шевців М.Б. Загальні аспекти юридичної відповідальності медичних працівників за законодавством України // Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2024. № 85. С. 19–27.

2. Щукін О.С. Правовий статус медичних працівників за трудовим законодавством України: дис. ... канд. юрид. наук: 12.01.05. Харків. 2005. 78–90 с.

3. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 28.03.2026).

*Муляр Галина Володимирівна,
докторка юридичних наук, професорка,
викладач-методист циклової комісії
юридичних дисциплін Київського
професійно-педагогічного фахового
коледжу імені Антона Макаренка
(м. Київ, Україна)*

ПРАВОВІ ГАРАНТІЇ ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ТА НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ

В умовах воєнного стану, запровадженого в Україні у зв'язку зі збройною агресією російської федерації, питання забезпечення права людини на медичну допомогу набуває особливої актуальності. Зростання кількості постраждалих осіб, руйнування медичної інфраструктури, вимушене переміщення населення та перевантаження системи охорони здоров'я обумовлюють необхідність переосмислення механізмів реалізації правових гарантій у цій сфері.

Право на медичну допомогу є складовою права на охорону здоров'я, закріпленого у статті 49 Конституції України, відповідно до якої кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [1]. Конституційні положення конкретизуються у законодавстві, зокрема в Основах законодавства України про охорону здоров'я, які визначають організаційні, правові та соціально-економічні засади функціонування системи охорони здоров'я [2].

Водночас правовий режим воєнного стану визначений Законом України «Про правовий режим воєнного стану» передбачає можливість тимчасового обмеження окремих прав і свобод людини, що може впливати і на доступ до медичної допомоги [3]. Однак навіть в умовах війни держава зобов'язана забезпечувати мінімальні стандарти реалізації права на медичну допомогу відповідно до норм міжнародного права, зокрема положень Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод [4] та практики Європейського суду з прав людини, зокрема у справі «Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal» [5].

Правові гарантії доступу до медичної допомоги включають сукупність нормативно закріплених механізмів, спрямованих на

забезпечення реальної можливості отримання медичних послуг. До них належать: законодавче закріплення прав пацієнтів, функціонування системи фінансування охорони здоров'я, доступність медичних закладів, кадрове забезпечення, а також механізми контролю та відповідальності за порушення прав у сфері охорони здоров'я.

У сучасних умовах суттєвої трансформації зазнає система надання медичної допомоги, що пов'язано з необхідністю адаптації до викликів воєнного часу. Зокрема, відбувається переорієнтація ресурсів на надання екстреної та військово-медичної допомоги, розвиток системи реабілітації, впровадження телемедицини та цифрових сервісів у сфері охорони здоров'я.

Разом з тим, практика свідчить про наявність значних проблем у реалізації правових гарантій доступу до медичної допомоги. Однією з ключових проблем є територіальна нерівність доступу до медичних послуг, особливо в прифронтових регіонах та на тимчасово окупованих територіях. Руйнування медичних закладів, нестача медичного персоналу та обмеженість матеріально-технічних ресурсів суттєво ускладнюють надання медичної допомоги населенню.

Не менш важливою є проблема доступу до медичної допомоги внутрішньо переміщених осіб, які часто стикаються з труднощами у реалізації своїх прав через зміну місця проживання, відсутність необхідних документів або перевантаженість медичних установ у регіонах їхнього перебування.

Крім того, існують проблеми нормативно-правового характеру, зокрема фрагментарність правового регулювання, відсутність чітких механізмів координації між різними органами державної влади, а також недостатній рівень імплементації міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я.

Особливу увагу слід приділити питанню забезпечення прав пацієнтів у контексті обмежених ресурсів. В умовах війни виникає необхідність пріоритетного розподілу медичних ресурсів, що може призводити до обмеження доступу окремих категорій населення до медичних послуг. Це актуалізує проблему дотримання принципів справедливості, недискримінації та пропорційності у сфері охорони здоров'я.

Як зазначає З.С. Гладун, правові гарантії у сфері охорони здоров'я мають забезпечувати не лише формальне закріплення прав пацієнтів, але й ефективні механізми їх реалізації на практиці, що набуває особливого значення в умовах кризових явищ, зокрема воєнного стану [6, с. 112].

З метою підвищення ефективності реалізації правових гарантій доступу до медичної допомоги в умовах воєнного стану доцільним є комплексне вдосконалення відповідних механізмів. Насамперед потребує оновлення нормативно-правова база шляхом систематизації законодавства у сфері охорони здоров'я та його гармонізації з міжнародними стандартами. Важливим аспектом є також забезпечення належної міжвідомчої взаємодії між органами державної влади, органами місцевого самоврядування та закладами охорони здоров'я, що сприятиме узгодженості управлінських рішень і підвищенню ефективності надання медичної допомоги.

Не менш значущим є розвиток системи медичної реабілітації, особливо для осіб, які постраждали внаслідок бойових дій, що має ключове значення для їх подальшої соціальної інтеграції. В умовах обмеженої фізичної доступності медичних закладів актуалізується необхідність розширення використання цифрових технологій у сфері охорони здоров'я, зокрема телемедицини та електронних сервісів. Водночас підвищення ефективності системи охорони здоров'я неможливе без посилення гарантій захисту прав пацієнтів, що передбачає вдосконалення механізмів контролю та юридичної відповідальності за порушення у цій сфері.

Отже, правові гарантії доступу до медичної допомоги в умовах воєнного стану є важливим елементом забезпечення прав людини та функціонування системи охорони здоров'я. Їх ефективна реалізація потребує комплексного підходу, що включає вдосконалення законодавства, розвиток інституційної спроможності системи охорони здоров'я та впровадження сучасних механізмів управління. У цьому контексті реформування системи охорони здоров'я має здійснюватися з урахуванням принципів верховенства права, гуманізму та соціальної справедливості.

Список використаних джерел

1. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр> (дата звернення: 09.04.2026).
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 09.04.2026).
3. Закон України «Про правовий режим воєнного стану» від 12.05.2015 № 389-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19> (дата звернення: 09.04.2026).
4. Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. 1950. URL: <https://www.echr.coe.int> (дата звернення: 09.04.2026).
5. Рішення Європейського суду з прав людини у справі «Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal» (2017). URL: <https://hudoc.echr.coe.int> (дата звернення: 09.04.2026).
6. Гладун З.С. Медичне право України. Київ: Юрінком Інтер, 2020. 352 с.

Осадча Яна Олегівна,

*Лікар-радіолог. Лікар-рентгенолог КНП ММП Міська лікарня №1.
Член Європейської асоціації радіологів — European Society of Radiology.
Член Французького товариства радіології та медичної візуалізації —
Société Française de Radiologie et d'imagerie médicale.
(м. Миколаїв, Україна).*

ПРАВОВІ МЕХАНІЗМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ РЕФОРМ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Сучасна система охорони здоров'я України стикається з рядом викликів, зумовлених початком воєнних дій на території України та повномасштабним вторгненням, нестабільністю економічної системи, процесом євроінтеграції медицини. Враховуючи виклики сьогодення існує актуалізація потреби модернізації державної політики, направленої на підвищення ефективності, стійкості та удосконалення системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану.

Визначення основних напрямів вдосконалення політики публічного управління в сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану [1, с. 24]. Створення умов для ефективних і доступних медичних послуг та медичного обслуговування населення [2].

Розв'язання проблем здоров'я населення є обов'язком не лише сектору охорони здоров'я, а потребує консолідації зусиль суспільства та лідерства Кабінету Міністрів України на національному, регіональному та місцевому рівні [2]. Існує залежність від економічного, соціального благополуччя та політичної сталості країни, вразливість до надзвичайних подій, суспільно-політичних явищ, що негативно впливають на здоров'я населення та можливість організації надання медичної допомоги, таких як війни чи збройні конфлікти [2]. Критичне навантаження на національну систему охорони здоров'я спричинене значними руйнуваннями об'єктів закладів охорони здоров'я, підвищенням попиту громадян на окремі види медичної допомоги та послуги, які не були пріоритетними раніше, руйнуванням цивільної інфраструктури, що впливає на доступ до послуг [2]. Гострота проблеми зумовлена [2] міграцією серед населення та медичних працівників, необхідністю впровадження ситуативних рішень [2] для забезпечення

універсального доступу до медичних послуг та захисту населення, що ускладнює збір та використання об'єктивних даних в умовах воєнного стану для прийняття управлінських рішень [2].

Аналізуючи позитивні та негативні аспекти функціонування системи охорони здоров'я під час воєнного стану, слід відзначити низку досягнень. [1, с. 25]. Позитивні аспекти: оперативне формування ресурсів та підтримка міжнародних партнерів — дозволили Україні забезпечити необхідний рівень медичних послуг у складних умовах [1, с. 25]; спрощення механізмів надання екстреної допомоги та евакуації поранених — знизило ризик загибелі через затримки транспортування. Ряд проблем щодо недостатнього фінансування та перевантаженості лікарень, дефіциту лікарів, пов'язані з надзвичайно складними умовами, без належної оплати праці та загрозою для власного життя. Через руйнування медичних закладів у прифронтових зонах доступ до медичної допомоги є обмеженим або відсутнім, що потребує вдосконалення логістики [1, с. 25]. Сектор охорони здоров'я України потребує масштабної модернізації та відновлення після руйнувань, спричинених війною. Уряд України спільно з міжнародними партнерами формує портфель пріоритетних інвестиційних та грантових проєктів у сфері охорони здоров'я, який включено до Єдиного проєктного портфелю держави та Системи управління публічними інвестиціями DREAM [3]. Реформа запроваджує єдиний уніфікований підхід до стратегічного планування, формування напрямів державного інвестування, розробки проєктів та програм публічних інвестицій, формування секторальних і Єдиного проєктного портфеля, оцінки та пріоритизації проєктів, моніторингу та контролю їх реалізації, включно з розподілом фінансування. Впровадження цієї реформи — спрямування публічних коштів на пріоритетні проєкти та програми, що відповідають стратегічним цілям і актуальним потребам громадян [4]. Законодавство України визначає публічні інвестиції як кошти державного або місцевого бюджету, що спрямовуються на капітальні витрати центральних та місцевих органів влади, державних та комунальних підприємств [4]. Одним із пріоритетних напрямків роботи є створення єдиної IT-екосистеми, до складу якої входить Цифрова екосистема для підзвітного управління відновленням DREAM. Держава

зацікавлена в модернізації матеріально-технічної бази державних та комунальних закладів охорони здоров'я для забезпечення більш ефективного надання медичних послуг з використанням сучасних моделей надання допомоги (підвищення продуктивності існуючої інфраструктури в сфері охорони здоров'я). Під час реалізації публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я необхідно дотримуватись збалансування соціальної та комерційної складових проєктів, для необхідності забезпечення належного рівня надання медичної допомоги [5]. Стороною публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я можуть бути: комунальні заклади охорони здоров'я [7] (мають укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення); окремі санаторії та інші державні заклади охорони здоров'я; медичні заклади вищої освіти, університетські лікарні (МОЗ вживаються заходи щодо створення мережі університетських лікарень у різних регіонах України задля забезпечення високого рівня практичної підготовки майбутніх медичних фахівців, удосконалення навичок практикуючих лікарів та інших фахівців сфери охорони здоров'я, збереження професійних навичок у викладачів клінічних кафедр медуніверситетів, впровадження сучасних технологій діагностики і лікування) [5]. Закон України від 32.10.25 «Про публічно-приватне партнерство» фокусується на спрощенні залучення інвестицій для післявоєнної відбудови, розширенні сфер, нових механізмів фінансування, наближенні до євростандартів для об'єктів інфраструктури [5]; формалізує можливість реалізації PPP-проєктів у сферах охорони здоров'я, включаючи будівництво об'єктів та надання супутніх послуг [5].

Цифровізація медичних послуг в Україні розпочалась ще до початку війни, але війна прискорила її розвиток. У 2022–2024 роках активно функціонує електронна система охорони здоров'я — eHealth, яка дозволяє здійснювати облік медичних записів, виписувати електронні рецепти та відстежувати надання послуг. Вдосконалення цифрової інфраструктури має включати розширення системи на всі регіони України та інтеграцію з іншими державними сервісами: системи соціального забезпечення і страхування, запровадження автоматизованих систем для контролю за постачанням медичних засобів і обладнання. Це дозволить спростити адмініст-

рування медичних послуг та підвищити ефективність розподілу ресурсів. В Україні варто розвивати телемедицину, що дозволить швидше надавати консультації у віддалених регіонах [1, с. 27].

В умовах воєнного стану в Україні система публічного управління у сфері охорони здоров'я зазнала значних змін спрямованих на адаптацію до нових викликів. Війна загострила необхідність оперативного реагування на проблеми, пов'язані з руйнуванням медичних закладів, обмеженим доступом до медичних послуг у прифронтових зонах та перевантаженістю системи охорони здоров'я. Аналіз впливу воєнних дій на систему охорони здоров'я показав, що одним із ключових елементів її підтримки є створення мобільних медичних бригад і госпіталів, активізація міжнародної допомоги для забезпечення першочергових потреб. Використання цифрових технологій, спрощення бюрократичних процедур та забезпечення ефективного розподілу ресурсів дозволяє підтримувати роботу медичних закладів та оперативно реагувати на нові виклики. Подальший розвиток та вдосконалення системи охорони здоров'я в Україні повинні ґрунтуватися на модернізації інфраструктури, розширенні цифровізації та підтримці міжнародної співпраці. Саме це забезпечить стійкість системи та її здатність реагувати на надзвичайні ситуації у майбутньому [1, с. 27].

Список використаних джерел

1. Lopatkina, O. (2024). PUBLIC ADMINISTRATION POLICY IN THE HEALTHCARE SECTOR UNDER MARTIAL LAW. *Public Management and Policy*, (2), 21–28. URL: <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2024.2.03>. (Дата звернення: 6.04.2026)

2. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text> (Дата звернення: 6.04.2026)

3. Публічно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uk/publicшно-privatne-partnerstvo-u-sferi-ohorona-zdorov-ya> (Дата звернення: 6.04.2026)

4. Система управління публічними інвестиціями. URL: <https://dream.gov.ua/ua>. (Дата звернення: 6.04.2026)

5. Публічно-приватне партнерство у сфері охорона здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uk/publicшно-privatne-partnerstvo-u-sferi-ohorona-zdorov-ya> (Дата звернення: 6.04.2026).

*Політова Анна Сергіївна,
кандидатка юридичних наук, доцентка,
доцентка кафедри кримінального права
Маріупольського державного університету
(м. Київ, Україна)*

БЕЗОПЛАТНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ ТА ВЕТЕРАНОК: ОКРЕМІ АСПЕКТИ

В умовах повномасштабного вторгнення Російської Федерації на територію незалежної суверенної демократичної правової держави України ми покладаємося на відновлення нашої територіальної цілісності на Збройні Сили України. Ми завдячуємо їм тим, що маємо можливість працювати, навчатися і бачити нашу державу!

Триваючий збройний конфлікт змушує нас звертатися до проблем саме надання безоплатної медичної допомоги для ветеранів та ветеранок, яких сьогодні за аналітичною інформацією Міністерства у справах ветеранів України налічується 851 068 осіб (більш детально Рис. 1). Але скільки їх ще буде, невідомо, адже збройний конфлікт триває.

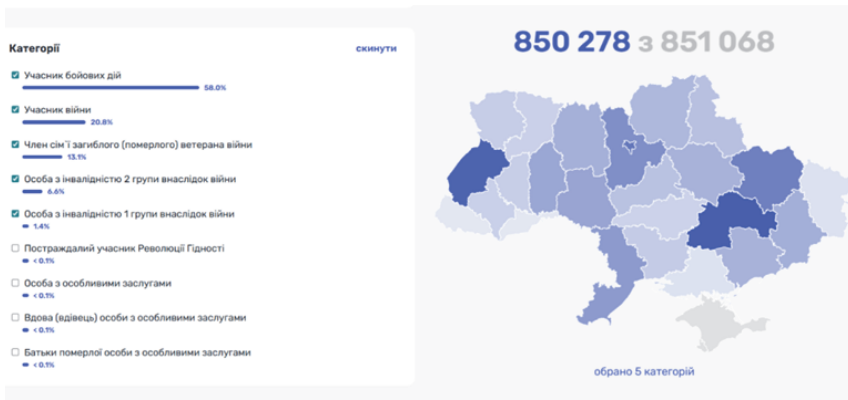


Рис. 1. Кількість ветеранів за категоріями [1]

Відзначимо, що у Розділі III. Пільги ветеранам війни та гарантії їх соціального захисту Закону України від 22 жовтня 1993 р.

№ 3551-ХІІ «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» зазначено:

– ст. 12. Пільги учасникам бойових дій та особам, прирівняним до них:

1) безплатне одержання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та виробів медичного призначення за рецептами лікарів;

2) першочергове безплатне зубопротезування (за винятком протезування з дорогоцінних металів);

9) щорічне медичне обстеження і диспансеризація із залученням необхідних спеціалістів;

10) першочергове обслуговування в лікувально-профілактичних закладах, аптеках та першочергова госпіталізація [2];

– ст. 13. Пільги особам з інвалідністю внаслідок війни:

1) безплатне одержання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації;

2) позачергове безплатне зубопротезування (за винятком протезування з дорогоцінних металів), безплатне забезпечення іншими протезами і протезно-ортопедичними виробами;

3) безплатне позачергове щорічне забезпечення санаторно-курортним лікуванням з компенсацією вартості проїзду до санаторно-курортного закладу і назад;

12) право на щорічне медичне обстеження і диспансеризацію із залученням необхідних спеціалістів;

12–1) медична допомога в закладах охорони здоров'я Міністерства оборони України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, Міністерства внутрішніх справ України, інших центральних органів виконавчої влади, які відповідно до закону здійснюють керівництво військовими формуваннями, особам, визначеним пунктами 7, 11–14 частини другої статті 7 цього Закону, без оплати такої допомоги з боку її отримувача та у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України [2];

– ст. 14. Пільги для учасників війни:

1) безплатне одержання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації;

2) безплатне першочергове зубопротезування (за винятком протезування з дорогоцінних металів);

3) безоплатне забезпечення санаторно-курортним лікуванням або одержання компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування. Порядок надання путівок, розмір та порядок виплати компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування визначаються Кабінетом Міністрів України;

8) користування при виході на пенсію (незалежно від часу виходу на пенсію) чи зміні місця роботи поліклініками та госпіталами, до яких вони були прикріплені за попереднім місцем роботи;

9) щорічне медичне обстеження і диспансеризація із залученням необхідних спеціалістів;

10) першочергове обслуговування в лікувально-профілактичних закладах, аптеках та першочергова госпіталізація [2].

– ст. 15. Пільги сім'ям загиблих (померлих) ветеранів війни, Захисників і Захисниць України:

1) безплатне одержання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації;

2) безплатне першочергове зубопротезування (за винятком протезування з дорогоцінних металів);

3) безоплатне забезпечення санаторно-курортним лікуванням або одержання компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування. Порядок надання путівок, розмір та порядок виплати компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування визначаються Кабінетом Міністрів України;

9) користування при виході на пенсію (незалежно від часу виходу на пенсію) чи зміні місця роботи поліклініками та госпіталами, до яких вони були прикріплені за попереднім місцем роботи;

10) щорічне медичне обстеження і диспансеризація із залученням необхідних спеціалістів;

11) першочергове обслуговування в лікувально-профілактичних закладах, аптеках та першочергова госпіталізація [2].

Окрім того, на сайті Міністерства у справах ветеранів України наведено перелік безоплатних високоспеціалізованих медичних послуг для ветеранів та ветеранок, наприклад: Серцево-судинні захворювання: лікування серцево-судинних захворювань,

гіпертензії тощо; кардіологічні обстеження: ЕКГ, УЗД серця, КТ, МРТ; ліки з Національного переліку та закуплені МОЗ; Неврологічні захворювання: діагностика та лікування захворювань нервової системи, зокрема мозку, хребта, спинного мозку, периферичних нервів та екстракраніальної цереброваскулярної системи; допомога при неврологічних розладах, посттравматичних синдромах, черепно-мозкових травмах; Психологічна підтримка: індивідуальна і групова терапія, когнітивно-поведінкова терапія, робота з наслідками стресу, депресією тощо; Захворювання опорно-рухового апарату: лікування захворювань суглобів і хребта, артриту, артрозу тощо; реабілітація після поранень, операцій та хронічних хвороб; консультації з профільними лікарями [3].

Але наскільки є ефективним механізм надання таких медичної допомоги? Лише відзначимо, що у Законі України від 22 жовтня 1993 р. № 3551-ХІІ «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», наприклад, п. 3) ст. 15. Пільги сім'ям загиблих (померлих) ветеранів війни, Захисників і Захисниць України відзначено, що Дію пункту 3 частини першої статті 15 зупинено на 2026 рік згідно із Законом № 4695-ІХ від 03.12.2025} {Дію пункту 3 частини першої статті 15 зупинено на 2025 рік згідно із Законом № 4059-ІХ від 19.11.2024} {Дію пункту 3 частини першої статті 15 зупинено на 2024 рік згідно із Законом № 3460-ІХ від 09.11.2023} {Дію пункту 3 частини першої статті 15 зупинено на 2023 рік згідно із Законом № 2710-ІХ від 03.11.2022 [2].

У практиці Верховного Суду України є вже практика відновлення таких обмежень, зокрема, Касаційний адміністративний суд у складі Верховного Суду у зразковій справі, задовольняючи позов ветерана органів внутрішніх справ до Головного управління Пенсійного фонду України в Полтавській області про визнання протиправною відмови в поновленні виплати пенсійним органом соціальних пільг у грошовій формі на оплату житлово-комунальних послуг з 1 травня 2025 р. на підставі Закону України від 19 листопада 2024 р. № 4059-ІХ «Про Державний бюджет України на 2025 рік» та постанови Кабінету Міністрів України від 31 грудня 2024 р. № 1553 «Про внесення зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 4 червня 2015 р. № 389». Суд констатував, що пільги у грошовій формі ветеранам військової служби

та деяким іншим особам на оплату житлово-комунальних послуг встановлені п. 6 ч. 1 ст. 6 спеціального Закону України від 24 березня 1998 р. № 203/98-ВР «Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ, ветеранів Національної поліції і деяких інших осіб та їх соціальний захист». Водночас ухвалення Закону № 4059-ІХ та постанови Кабінету Міністрів України № 1553 в частині запровадження додаткових умов надання таких пільг, зокрема залежності їх отримання від рівня доходу сім'ї, створило правову колізію між нормативно-правовими актами [4]. Враховуючи таке рішення, можна відзначити, що у судовій практиці можуть бути ще випадки відновлення порушених прав

Список використаних джерел

1. Аналітична інформація за даними Міністерства у справах ветеранів України. *Сайт Міністерства у справах ветеранів України*. URL: <https://data.mva.gov.ua/> (дата звернення: 09.04.2026).

2. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22.10.1993 № 3551-ІІІ : станом на 1 січ. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text> (дата звернення: 09.04.2026).

3. Міністерство у справах ветеранів. Безоплатні високоспеціалізовані медичні послуги для ветеранів та ветеранок. *Сайт Міністерство у справах ветеранів України*. URL: <https://mva.gov.ua/veteranam/bezoplatni-visokospetsializovani-medichni-poslugi-dlya-veteraniv-ta-veteranok> (дата звернення: 09.04.2026).

4. Право на пільги ветеранам військової служби та деяким іншим особам щодо оплати житлово-комунальних послуг підлягає захисту й відновленню на підставі принципу пріоритетності спеціальних норм над загальними та законів над підзаконними актами. *Сайт Верховний Суд України*. URL: <https://supreme.court.gov.ua/supreme/pres-centr/news/1974006/> (дата звернення: 09.04.2026).

*Проневич Олексій Станіславович,
доктор юридичних наук, професор,
професор кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)*

ЗДОРОВООХОРОННО-ПРАВОВА КОМПОНЕНТА НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ АДАПТАЦІЇ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ДО ПРАВА ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ (ACQUIS EC)

Людська цивілізація ґрунтується на екзистенційній максимі щодо визнання здоров'я важливим ресурсом сталого розвитку суспільства/людського розвитку, маркером соціально-економічного стану країни, необхідною умовою гідного життя, підґрунтям для максимальної особистісної самореалізації кожного індивіда. У Конституції України артикульовано низку базових здоровоохоронних правових постулатів на кшталт визнання «людини, її життя і здоров'я» найвищою соціальною цінністю, легалізації права кожного «захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань», гарантування кожному права на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування тощо [1]. Аксиоматично, що право людини на охорону здоров'я належать до основних, загальновизнаних, природних, невідчужуваних і непорушних прав (право на охорону здоров'я не встановлюється державою директивно, а об'єктивно виникає з моменту народження людини).

У вітчизняному законодавстві закріплено артикульоване Все-світньою організацією охорони здоров'я універсальне визначення здоров'я як стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутності хвороб або порушень структур та функцій організму. Натомість правовий концепт «охорона здоров'я» легально визначено як систему заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості

її життя [2]. У фаховому науковому дискурсі охорона здоров'я також альтернативно розглядається як специфічна сфера суспільних відносин, ключова галузь гуманітарної сфери, елемент соціальної (сервісної) інфраструктури, ключовий компонент національної безпеки тощо. Зауважимо, що Конституцією України передбачена можливість обмеження законом в інтересах охорони здоров'я здійснення окремих конституційних прав (права на свободу думки і слова, на вільне вираження своїх поглядів і переконань; права на свободу світогляду і віросповідання; права на свободу об'єднання у політичні партії та громадські організації; права на мирні зібрання).

Упродовж останнього часу окреслилася тенденція європеїзації вітчизняної системи охорони здоров'я, невід'ємною складовою якої є адаптація національного здравооохоронного законодавства до *acquis communautaire*. У главі 22 «Громадське здоров'я» Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом визнана необхідність розвивати «співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання», що охоплює такі стратегічні напрями: зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу, зокрема шляхом впровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги та навчання персоналу; попередження і контроль над інфекційними хворобами, такими як ВІЛ/СНІД і туберкульоз, підвищення готовності до ризику спалахів високо патогенних хвороб та імплементацію Міжнародних медико-санітарних правил; попередження та контроль за неінфекційними хворобами шляхом обміну інформацією за найкращими практиками, пропагування здорового способу життя, визначення основних детермінант здоров'я та проблем в галузі охорони здоров'я, наприклад здоров'я матері і дитини, психічне здоров'я, алкогольна, наркотична та тютюнова залежність, зокрема імплементацію Рамкової конвенції з контролю над тютюном 2003 року; якість та безпечність субстанцій людського походження, зокрема крові, тканини та клітин; інформація та знання в галузі охорони здоров'я. Особливе значення для європеїзації системи охорони здоров'я має формальне закріплення постулату щодо обміну інформацією і найкращими практиками та здійснення інших спільних заходів, «у тому

числі в рамках підходу «охорона здоров'я у всіх політиках» та поступової інтеграції України до європейських мереж охорони здоров'я». Відповідно до статті 428 Угоди закріплена правовий імператив щодо поступового наближення законодавства та практики України «до принципів *acquis* ЄС, зокрема у сфері інфекційних хвороб, служб крові, трансплантації тканин і клітин, а також тютюну» (перелік відповідних актів *acquis* ЄС визначено у Додатку ХІІ до цієї Угоди) [3].

Розроблені Міністерством охорони здоров'я України плани імплементації тринадцяти актів права Європейського Союзу було схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26 листопада 2014 року № 1141-р [4] (зазначене розпорядження втратило чинність згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 25 жовтня 2017 року № 1106, якою було затверджено План заходів з виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони [5]). Відповідно до Звіту про виконання Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом за 2025 рік виконано 91 % зобов'язань у сфері громадського здоров'я (упродовж звітнього періоду суб'єктами правотворчої діяльності було прийнято низку підзаконних нормативно-правових актів з метою імплементації європейських правових стандартів у сферах трансплантології та громадського здоров'я, фармацевтичній сфері, у сфері забезпечення безпеки та якості донорської крові та компонентів крові, а також «у сфері електронної системи охорони здоров'я» [6]).

Наразі безумовним державно-правовим пріоритетом є виконання Національної програми адаптації законодавства України до права Європейського Союзу (*acquis* ЄС), затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2026 року № 438. Програма прийнята з метою виконання зобов'язань України, передбачених переговорною рамкою Європейського Союзу, схваленою рішенням Ради Європейського Союзу від 21 червня 2024 року. Примітно, що складовою частиною Національної програми як єдиного стратегічного комплексного документу визнано Дорожню карту з питань верховенства права, Дорожню карту з питань реформи державного управління, Дорожню карту з питань функ-

ціонування демократичних інституцій і план заходів щодо захисту прав осіб, які належать до національних меншин (спільнот) України, схвалені розпорядженням Кабінету Міністрів України від 14 травня 2025 року № 475 «Деякі питання забезпечення переговорного процесу про вступ України до Європейського Союзу за кластером 1 «Основи процесу вступу до ЄС» [7], та плани заходів з виконання рекомендацій Європейської Комісії, представлених у звітах про прогрес України в рамках Пакета розширення Європейського Союзу. Національна програма містить понад 1,6 тис. актів права Європейського Союзу, які мають бути імплементовано/транспоновано у вітчизняне законодавство відповідно до рекомендацій Єврокомісії, сформульованих на основі умов для вступу (бенчмарків) за усіма переговорними кластерами та скринінгових звітів. Значення Національної програми як стрижневого елементу правового алгоритму вступу України до Європейського Союзу полягає у створенні належного правового підґрунтя («законодавчому узгодженні») та формуванні інституційної основи («посиленні адміністративної спроможності») для системної реалізації реформ у пріоритетних сферах.

Згідно з розділом 28 «Захист прав споживачів та охорона здоров'я» Національної програми адаптації законодавства України до права Європейського Союзу (acquis ЄС) передбачена імплементация актів права Європейського Союзу у вітчизняне здравооохоронне законодавство (загалом за цим розділом визначено 76 цілей, з яких 65 мають транспозиційний характер та передбачають імплементацию 113-ти актів права Європейського Союзу, а 11 цілей мають інституційний характер). У Національній програмі наголошено, що високий рівень захисту здоров'я людини є «невід'ємним принципом політики Європейського Союзу», а діяльність ЄС доповнює політику держав-членів, спрямовану на «зміцнення громадського здоров'я, профілактику захворювань та усунення ризиків для здоров'я населення». Стратегічним пріоритетом визнано забезпечення контролю безпечності крові, органів, тканин і клітин людського походження, що ґрунтується на засадах добровільності, безоплатності, анонімності та заборони комерціалізації донорства, закріплених у Директиві 2010/53/ЄС, Регламенті 2024/1938 та відповідних положеннях законодавства

України, лікарських засобів, виробів медичного призначення, а також реагування на серйозні транскордонні загрози здоров'ю. У сфері охорони здоров'я серед іншого заплановано імплементувати такі акти права ЄС: Регламент Європейського Парламенту і Ради (ЄС) 2025/327 від 11 лютого 2025 року про Європейський простір даних про здоров'я та про внесення змін до Директиви 2011/24/ЄС та Регламенту (ЄС) 2024/2847; Регламент Європейського Парламенту і Ради (ЄС) 2019/5 від 11 грудня 2018 року про внесення змін до Регламенту (ЄС) № 726/2004, який встановлює процедури Співтовариства щодо авторизації та нагляду за лікарськими засобами для використання людиною та ветеринарією та встановлює Європейське агентство з лікарських засобів, Регламент (ЄС) № 1901/2006 про лікарські засоби для педіатричного застосування та Директиву 2001/83/ЄС про кодекс Співтовариства, що стосується лікарських засобів для використання людиною; Регламент Комісії (ЄС) № 1234/2008 від 24 листопада 2008 року щодо розгляду змін до умов дозволів на маркетинг лікарських засобів для використання людиною та ветеринарних лікарських засобів; Директиви Європейського Парламенту і Ради 2001/83/ЄС від 6 листопада 2001 року про кодекс Співтовариства щодо лікарських засобів для використання людиною (із змінами); Настанову щодо належної практики фармаконагляду Європейського агентства з лікарських засобів; Регламент Європейського Парламенту і Ради (ЄС) № 536/2014 від 16 квітня 2014 року про клінічні випробування лікарських засобів для використання людиною та про скасування Директиви 2001/20/ЄК з урахування імплементацийних та делегованих регламентів; Директиву Європейського Парламенту і Ради 2011/62/ЄС від 8 червня 2011 року про внесення змін до Директиви 2001/83/ЄС про кодекс Співтовариства, що стосується лікарських засобів для використання людиною, щодо запобігання входженню в легальний ланцюг постачання фальсифікованих лікарських засобів; Директиву Європейського Парламенту і Ради 2014/40/ЄС від 3 квітня 2014 року про наближення законів, нормативних актів та адміністративних положень держав-членів щодо виробництва, презентації та продажу тютюнових та пов'язаних з ними виробів та скасування Директиви 2001/37/ЄС, Директиви Європейського Парламенту і Ради 2010/53/ЄС від 7 липня 2010 року

про стандарти якості та безпеки людських органів, призначених для трансплантації, Директиви Європейського Парламенту і Ради 2002/98/ЄС від 27 січня 2003 року про встановлення стандартів якості та безпечності для заготівлі, тестування, переробки, зберігання і розподілу крові людини та її компонентів та внесення змін і доповнень до Директиви 2001/83/ЄС тощо. Тобто визнано примат публічного інтересу щодо розвитку трансплантації, удосконалення контролю якості лікарських засобів і медичних виробів, посилення епіднагляду, цифровізації сфери охорони здоров'я, підвищення рівня безпеки пацієнтів, інституціоналізації регуляторного органу у фармацевтичній сфері, посилення контролю за обігом наркотичних речовин і прекурсорів, ревізії підходів до підготовки кадрів для системи охорони здоров'я тощо.

Прикметно, що Національною програмою водночас прямо передбачено вжиття окремих заходів на кшталт створення державного органу контролю за лікарськими засобами та медичними виробами, забезпечення навчання фахівців у сфері медичних виробів та медичних виробів для діагностики *in vitro*, приєднання до Європейської системи спостереження (TESSy) та Європейського порталу спостереження за інфекційними захворюваннями (EpiPULSE), посилення співпраці з Європейським центром з профілактики та контролю захворюваності (ECDC), забезпечення розширення потужностей національних референс-лабораторій, імплементація Висновків Ради до психічного здоров'я від 30 листопада 2023 року (15053/23), зменшення дефіциту кваліфікованого персоналу у сфері охорони психічного здоров'я, затвердження антикорупційної програми Держпродспоживслужби тощо [8].

Артикульовані в Національній програмі імплементаційні завдання загалом полягають у розробленні та ухвалі окремих законопроектів/новелізації чинних законодавчих актів, прийнятті/внесенні змін до підзаконних нормативно-правових актів (найперше постанов Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я України), вжитті окремих організаційних заходів (розвиток електронної системи епіднагляду, розширення напрямів референс лабораторій шляхом надання статуту, затвердження технічного керівництва щодо епідеміологічного нагляду за психічним здоров'ям, проведення аналізу щодо кадрової спроможності

закладів охорони здоров'я у сфері психічного здоров'я та заповнення вакансій відповідно до результатів аналізу тощо). Основний тягар забезпечення адаптації вітчизняного здравооохоронного законодавства до *acquis* ЄС покладено на Міністерство економіки України, Міністерство охорони здоров'я України, Державну службу України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками).

Резюмуючи, зазначимо, що сфера охорони здоров'я має екзистенційне значення для суспільства та кожного індивіда. Відповідно до Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом була передбачена необхідність імплементації низки актів права ЄС у сфері охорони здоров'я. Імплементаційний процес тривав у форматі «простроченого дедлайну». Наразі розпочалася фінальна стадія європеїзації вітчизняної системи охорони здоров'я. Національна програма адаптації законодавства України до права Європейського Союзу (*acquis* ЄС) схвалена у контексті переходу до фінального етапу переговорів про вступ України до Європейського Союзу. Здравооохоронно-правова компонента Національної програми є досить репрезентативною та передбачає перезавантаження державної політики у сфері охорони здоров'я на засадах людиноцентризму та раціональності, гармонізацію здравооохоронного законодавства, посилення адміністративної спроможності уповноважених суб'єктів публічного адміністрування. Імплементація визначених Єврокомісією регламентів/директив/рішень/настанов і вжиття окремих організаційних заходів у сфері охорони здоров'я має бути здійснена упродовж 2026–2027 років. Забезпечення уповноваженими адміністративними органами високої якості виконання визначених імплементаційних завдань та дотримання встановлених строків є безумовним здравооохоронним імперативом, артикульованим крізь призму забезпечення реалізації задекларованого в Конституції України стратегічного курсу держави щодо набуття повноправного членства України в Європейському Союзі.

Список використаних джерел

1. Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.

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

3. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (вчинена 21 березня та 27 червня 2014 року в м. Брюсселі). URL. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text.

4. Про схвалення розроблених Міністерством охорони здоров'я планів імплементації деяких актів законодавства ЄС: розпорядження Кабінету Міністрів України від 26 листопада 2014 року № 1141-р. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1141-2014-%D1%80#Text>.

5. Про виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони: постанова Кабінету Міністрів України від 25 жовтня 2017 року № 1106. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1106-2017-%D0%BF#n14>.

6. Звіт про виконання Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом за 2025 рік. К., 2025. 174 с. URL. <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/yevropejska-integraciya/vikonannya-ugodi-pro-asociaciyu/zviti-pro-vikonannya-ugodi-pro-asociaciyu>.

7. Деякі питання забезпечення переговорного процесу про вступ України до Європейського Союзу за кластером 1 «Основи процесу вступу до ЄС»: розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 травня 2025 року № 475-р. URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/475-2025-%D1%80#Text>.

8. Про затвердження Національної програми адаптації законодавства України до права Європейського Союзу (acquis ЄС): постанова Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2026 року № 438. URL. <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-natsionalnoi-prohramy-adaptatsii-zakonodavstva-ukrainy-do-prava-t10426>.

Ситник Данило Віталійович
Директор медичний, сімейний лікар,
юрист в галузі медичного права
(м. Харків, Україна)

ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ ДОСТУПУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЦИВІЛЬНІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Забезпечення доступу військовослужбовців до медичної допомоги є важливою складовою системи соціального захисту осіб, які виконують конституційний обов'язок щодо захисту держави. В умовах збройної агресії проти України ефективна організація медичного забезпечення військовослужбовців набуває не лише соціального, але й стратегічного значення. Особливої актуальності набуває питання взаємодії військової та цивільної систем охорони здоров'я, а також нормативно-правового регулювання доступу військових до медичних послуг у цивільних закладах охорони здоров'я [1, с. 5].

Право на охорону здоров'я закріплено у статті 49 Конституції України, відповідно до якої держава створює умови для ефективного і доступного медичного обслуговування населення. Військовослужбовці, незважаючи на особливий правовий статус, залишаються громадянами України та користуються всіма конституційними правами і свободами, включаючи право на медичну допомогу. Спеціальні гарантії щодо медичного забезпечення цієї категорії осіб визначені Законом України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [2].

Законодавство України передбачає можливість отримання військовослужбовцями медичної допомоги як у військово-медичних установах, так і у державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Проте на практиці інколи виникають ситуації, коли медичні працівники або адміністрації закладів помилково вважають, що військові пацієнти повинні проходити лікування виключно у військових госпіталях. Подібні підходи не відповідають чинному законодавству та можуть обмежувати реалізацію права військовослужбовців на медичну допомогу [3, с. 27].

Важливу роль у забезпеченні доступності медичних послуг відіграє Програма медичних гарантій, що реалізується через Націо-

нальну службу здоров'я України. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначає механізм державного фінансування медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». У межах цієї системи пацієнт має право отримувати медичну допомогу у будь-якому закладі, який уклав договір з НСЗУ, що відображає принцип екстериторіальності [4].

Таким чином, військовослужбовці можуть користуватися послугами цивільних медичних закладів у межах Програми медичних гарантій на загальних підставах. Однак ефективність цієї моделі значною мірою залежить від рівня організаційної взаємодії між військовими медичними структурами та цивільною системою охорони здоров'я [5, с. 61].

Аналіз проблем доступу до медичної допомоги неможливий без урахування історичного контексту формування системи охорони здоров'я на пострадянському просторі. У період існування СРСР функціонувала система інституційної сегментації медичних установ. Існували окремі лікувальні заклади для військовослужбовців, для цивільного населення, а також спеціальні медичні установи для партійно-державної номенклатури. Подібна система отримала назву «номенклатурної медицини» [6, с. 112].

Номенклатурна медицина характеризувалася кращим матеріально-технічним забезпеченням, доступом до сучасних медичних технологій та більш високим рівнем медичного обслуговування порівняно із загальною системою охорони здоров'я, хоча варто зазначити що і такі визначення і ствердження про якість є сумнівними, бо розвиток медичної галузі в умовах «залізної завіси» створював низку псевдо-наукових підходів. В будь-якому випадку, науковці відзначають, що така модель організації медичної допомоги сприяла формуванню інституційної нерівності у доступі до медичних ресурсів [7, с. 58].

Повертаючись до нашого часу, слід зазначити, що окремого аналізу потребує роль міжнародних гуманітарних організацій у забезпеченні доступу до медичної допомоги у прифронтових регіонах. У багатьох випадках саме гуманітарні місії забезпечують функціонування мобільних клінік, постачання медикаментів та підтримку медичних закладів. Діяльність таких організацій в більшості випадках ґрунтується на фундаментальних принципах

міжнародного гуманітарного права: гуманності, нейтралітету, неупередженості та незалежності [8].

Водночас принцип нейтралітету часто передбачає, що гуманітарні медичні програми орієнтовані насамперед на цивільне населення. У практиці збройних конфліктів це може призводити до ситуацій, коли військовослужбовці, що перебувають у зоні бойових дій, мають обмежений доступ до медичної допомоги у межах гуманітарних програм. Така ситуація підкреслює необхідність активної ролі держави у забезпеченні медичного обслуговування військових [9, с. 41].

Важливим стратегічним документом, що визначає напрями розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України, є Військово-медична доктрина України, затверджена у 2018 році. Доктрина передбачає інтеграцію військової та цивільної систем охорони здоров'я, розвиток системи медичної евакуації, а також удосконалення механізмів медичного забезпечення військовослужбовців під час ведення бойових дій [10].

Отже, питання забезпечення ефективного доступу військовослужбовців до медичних послуг у цивільній системі охорони здоров'я є вкрай актуальним і потребує комплексного підходу, що включає удосконалення нормативно-правового регулювання, розвиток інституційної взаємодії між військовими та цивільними медичними структурами, а також підвищення рівня правової обізнаності медичних працівників щодо правового статусу військових пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Конституція України: Закон України від 28 черв. 1996 р. №254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-vr> (дата звернення: 16.03.2026).
2. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 20 груд. 1991 р. № 2011-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12> (дата звернення: 16.03.2026).
3. Кравченко М. В. Медичне право України : підручник. Київ : Юрінком Інтер, 2020. 432 с.
4. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовт. 2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 16.03.2026).

5. Гладун З. С. Медичне право України : підручник. Київ : Юрінком Інтер, 2019. 496 с.
6. Field M. *Private Life and Communist Morality in Soviet Russia*. Oxford : Oxford University Press, 2007. 352 p.
7. Sheiman I., Shishkin S. *Health Care Systems in Transition: Russian Federation*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013. 181 p.
8. International Committee of the Red Cross. *Fundamental Principles of the Red Cross and Red Crescent Movement*. Geneva : ICRC, 2015. 16 p.
9. Levy B. S., Sidel V. W. *War and Public Health*. 2nd ed. New York : Oxford University Press, 2008. 480 p.
10. Військово-медична доктрина України : затв. рішенням Ради національної безпеки і оборони України від 31 лип. 2018 р., введ. в дію Указом Президента України від 30 серп. 2018 р. № 269/2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/269/2018> (дата звернення: 16.03.2026).

*Сотніченко Микола Мирославович,
викладач кафедри соціальної роботи у
військах (силах) та військового капеланства
Військового інституту Київського національного
університету імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)*

СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ, РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ВЕТЕРАНІВ: РОЛЬ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ У ВІЙСЬКАХ

В умовах воєнного стану система охорони здоров'я України функціонує в режимі підвищеного навантаження, що обумовлює необхідність забезпечення належного рівня лікування, реабілітації та соціально-медичного супроводу військовослужбовців і ветеранів. Повномасштабна збройна агресія актуалізувала питання не лише доступності медичної допомоги, але й ефективності правових гарантій її надання як складової державної політики у сфері безпеки та оборони.

Я виходжу з того, що правові гарантії у зазначеній сфері мають комплексний характер і базуються на конституційному праві кожної особи на охорону здоров'я, що включає доступність, якість і безпечність медичних послуг [1; 2]. Водночас щодо військовослужбовців ці гарантії конкретизуються у спеціальному законодавстві, яке враховує особливості проходження служби та підвищені ризики для життя і здоров'я.

Зокрема, Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» визначає систему державних гарантій щодо медичного забезпечення, санаторно-курортного лікування та реабілітації [3]. У свою чергу, Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» закріплює право на пільгове медичне обслуговування, психологічну допомогу та заходи соціальної адаптації [4]. Таким чином, нормативно-правова база формує основу для забезпечення безперервності допомоги — від лікування до соціальної інтеграції.

Окремого значення набуває розвиток реабілітації як самостійного напрямку у сфері охорони здоров'я. Прийняття Закону України

«Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» започаткувало формування системного підходу до відновлення функціонального стану осіб, які зазнали поранень або захворювань унаслідок виконання військового обов'язку [5]. У цьому контексті міжнародні підходи також підкреслюють необхідність інтеграції реабілітації у загальну систему охорони здоров'я та забезпечення її безперервності [8].

Я вважаю, що ключовим елементом ефективної реалізації правових гарантій є соціально-медичний супровід, який забезпечує інтеграцію медичних, психологічних і соціальних заходів. Соціальна робота у військах (силах) у цьому процесі виступає важливим інструментом координації допомоги та підтримки військовослужбовців на всіх етапах — від лікування до повернення у цивільне життя. Як засвідчують наукові дослідження, належне нормативно-правове забезпечення у сфері охорони здоров'я є визначальною умовою ефективного функціонування всієї системи медичної допомоги [11, с. 230].

Разом із тим, попри наявність розвиненої нормативно-правової бази, практика реалізації правових гарантій виявляє низку системних проблем. Я вважаю, що однією з ключових є недостатня узгодженість між суб'єктами забезпечення — медичними закладами, органами соціального захисту, військовими структурами. Це ускладнює забезпечення безперервності допомоги, особливо на етапі переходу від лікування до реабілітації та подальшої соціальної адаптації.

Крім того, спостерігається фрагментарність механізмів реалізації правових гарантій, що проявляється у недостатній координації діяльності відповідних інституцій. Незважаючи на наявність підзаконних актів, які регламентують порядок організації реабілітаційних послуг та надання психологічної допомоги [6; 7], їх практична реалізація не завжди забезпечує комплексний підхід до відновлення військовослужбовців і ветеранів.

Я переконаний, що в умовах воєнного стану особливої ваги набуває інституційне посилення соціальної роботи у військах (силах), яка здатна виконувати функцію інтегратора між різними системами допомоги. У цьому контексті доцільним є вдосконалення правових механізмів шляхом посилення міжвідомчої взаємодії, запровадження стандартів соціально-медичного супроводу та підвищення ролі соціальних працівників у системі сектору безпеки і оборони.

Як підсумок, ефективність забезпечення лікування, реабілітації та соціально-медичного супроводу військовослужбовців і ветеранів залежить не лише від наявності нормативної бази, але й від узгодженості механізмів її реалізації. У цьому процесі соціальна робота у військах виступає ключовим елементом забезпечення комплексного підходу до відновлення та соціальної інтеграції захисників держави.

Список використаних джерел

1. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
3. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 № 2011-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12>
4. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту: Закон України від 22.10.1993 № 3551-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12>
5. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20>
6. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2021 № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-п>
7. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни: Постанова Кабінету Міністрів України від 29.11.2022 № 1338. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-п>
8. Всесвітня організація охорони здоров'я. Реабілітація в системах охорони здоров'я (Rehabilitation in health systems). Женева: WHO, 2017. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549974>
9. World Health Organization. World report on disability. Geneva: WHO, 2011. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
10. IASC. Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. 2007. URL: <https://interagencystandingcommittee.org>

Стременовський Сергій Миколайович,
кандидат юридичних наук, професор,
професор кафедри права
ПЗВО «Міжнародний класичний університет
імені Пилипа Орлика»,
(м. Миколаїв, Україна)

Ковбиш Артур Миколайович,
здобувач освіти, ПЗВО «Міжнародний класичний
університет імені Пилипа Орлика»,
(м. Миколаїв, Україна)

ПРАВОВІ ГАРАНТІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ТРАВМАМИ СЛУХУ ТА ВЕСТИБУЛЯРНОГО АПАРАТУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ВІД ВІЙСЬКОВО МЕДИЧНИХ КОМІСІЙ ДО СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ

У сучасних умовах воєнного стану розробка та реалізація правових гарантій охорони здоров'я військовослужбовців є невід'ємним елементом національної безпеки, що забезпечує відновлення боєздатності Сил оборони та соціальний захист ветеранів [1]. Особливої актуальності набуває питання реабілітації осіб із травмами слуху та вестибулярного апарату, які в умовах інтенсивних бойових дій набули масового характеру.

Домінування вибухових травм в умовах застосування артилерії та БПЛА зумовлює високу питому вагу акубаротравм (6,6–15%) у структурі санітарних втрат. Поєднання уражень вуха із закритими ЧМТ спричиняє хронічний тинітус, стійку непрацездатність та психосоціальну дезадаптацію захисників [10].

В умовах повномасштабної війни критично важливим є формування правової рамки безперервного реабілітаційного маршруту. Мета дослідження — аналіз правових механізмів реабілітації військовослужбовців від експертизи ВЛК до реалізації індивідуальних реабілітаційних планів (ІРП) у межах Програми медичних гарантій [4, 6].

Стаття 11 Закону № 2011-ХІІ гарантує право на безоплатну медичну допомогу та реабілітацію, проте його реалізація детермінована висновком ВЛК. Останній визначає ступінь придатності та є юридичною підставою для направлення на реабілітацію [1].

Згідно з Наказом МОУ № 402 (у ред. від 27.04.2024), скасування статусу «обмежено придатний» запровадило бінарний підхід: придатний або непридатний [2, 6]. Для осіб із кохлео-вестибулярними розладами це створює правовий конфлікт — медичні обмеження щодо акустичного навантаження суперечать реальним умовам служби. У цьому контексті висновок ВЛК про потребу у реабілітації стає вирішальним фактором для збереження функціональності військовослужбовця [12].

Особливої уваги потребує правовий статус ветеранів, які отримали акубаротравми в період гібридної агресії (2014–2022 рр.). Через недосконалість попередньої системи первинного обліку та недооцінку відстрочених наслідків вибухових травм, значна частина захисників стикається з прогресуючою втратою слуху та вестибулярною дисфункцією лише зараз. Правовим інструментом вирішення цієї проблеми має стати процедура ретроспективного підтвердження причинно-наслідкового зв'язку між поточним станом здоров'я та первинним пораненням [2]. Це дозволить забезпечити доступ до пільг та спеціалізованих програм, передбачених Постановою КМУ № 1317 [8].

Реалізація права військовослужбовців на відновлення слухової та вестибулярної функцій регулюється Постановою Кабінету Міністрів України № 307, яка гарантує першочергове безоплатне забезпечення допоміжними засобами реабілітації (ДЗР) [5]. Це право поширюється на всіх захисників, які зазнали втрати слуху внаслідок бойових дій, незалежно від наявності статусу особи з інвалідністю. До переліку ДЗР включено сучасні цифрові слухові апарати високої потужності та системи кохлеарної імплантації.

Ключовим юридичним інструментом реалізації цього права є Індивідуальний реабілітаційний план (ІРП), що формується в електронній системі охорони здоров'я на основі функціонального діагнозу [4]. Обов'язкові стандарти якості надання такої допомоги закріплені в Наказ МОЗ № 253 [7]. Зазначені акти зобов'язують заклади проводити повний спектр об'єктивних досліджень (аудиометрія, імпедансометрія, вестибулометрія), що є правовим запобіжником від неналежного надання медичної допомоги.

Фінансовий механізм реабілітаційного маршруту забезпечується через цільові пакети реабілітаційних послуг Національної служ-

би здоров'я України (НСЗУ). Такий підхід реалізує принцип екстериторіальності та вільного вибору закладу, дозволяючи залучати до відновлення ветеранів, як військові госпіталі, так і високоспеціалізовані приватні та комунальні центри, контрактовані НСЗУ [3].

Незважаючи на прогресивні зміни законодавства, у механізмі маршрутизації пацієнта від ВЛК до реабілітаційного закладу існують системні прогалини. Основним правовим викликом залишається відсутність автоматизованого алгоритму передачі даних між військово-лікарськими комісіями та закладами, що мають договір з НСЗУ [4; 6]. На практиці військовослужбовець, отримавши висновок про потребу у реабілітації, часто змушений самостійно здійснювати вибір профільного центру, що призводить до втрати часу та зниження ефективності втручання [12].

Досвід захисників, які брали участь у бойових діях у період гібридної агресії (2014–2022 рр.), підтверджує — відсутність систематичної підтримки на ранніх етапах лікування значно ускладнює подальше відновлення [13].

На підставі проведеного аналізу пропонується:

– Законодавчо закріпити створення «електронного реабілітаційного маршруту», де висновок ВЛК у системі ЕСОЗ автоматично генерує направлення у профільний центр із можливістю вибору закладу за екстериторіальним принципом [9].

– Впровадити обов'язковий скринінг когнітивних функцій та вегетативної нервової системи для пацієнтів із повторними акубаротравмами в анамнезі, що має бути відображено у клінічних протоколах [7; 14].

– Передбачити у Програмі медичних гарантій фінансування не лише гострого періоду, а й довгострокової підтримки вестибулярної функції для осіб із хронічними наслідками вибухових травм [10].

Це забезпечить реальну правову визначеність та доступність медичної допомоги [11].

Рекомендації для Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ). На підставі проведених аналізів правових та медичних механізмів реабілітації військовослужбовців із травмами слуху та вестибулярного апарату до Міністерства охорони здоров'я України можна сформулювати наступні практичні рекомендації:

1. Удосконалити клінічні протоколи (зокрема Наказ № 856), закріпивши обов'язковий діагностичний мінімум (аудиометрія,

вестибулометрія, когнітивний скринінг) та стандарти залучення фахівців МРК.

2. Закріпити електронний маршрут у системі ЕСОЗ, забезпечивши автоматичну генерацію направлень до профільних центрів на підставі висновків ВЛК про потребу у реабілітації.

3. Спрофілювати пакети НСЗУ, запровадивши коригувальні коефіцієнти для пацієнтів із поєднаною патологією (слухові, вестибулярні та психоневрологічні розлади).

4. Забезпечити механізм ретроспективного відновлення прав ветеранів періоду 2014–2022 рр. через розробку протоколу підтвердження зв'язку поточних патологій із ранніми акубаротравмами на основі первинних документів.

Висновки. Ключовою правовою гарантією сучасної системи реабілітації є принцип раннього втручання, що дозволяє запобігти незворотній втраті функцій. Реформа ВЛК через перехід до бінарних рішень створила чітку правову рамку, проте потребує усунення розриву між етапом експертизи та реабілітаційним центром. Без мультидисциплінарного підходу та довгострокового фінансування через пакети НСЗУ реабілітація залишатиметься фрагментарною. Узгодженість дій між органами ВЛК, закладами охорони здоров'я та системою НСЗУ є необхідною умовою для реального соціального захисту і відновлення працездатності Сил оборони України.

Список використаних джерел

1. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 20.12.1991 № 2011-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text> (дата звернення: 09.04.2026).

2. Про внесення змін до деяких законів України... (щодо соціального захисту) : Закон України від 21.03.2024 № 3621-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3621-20#Text> (дата звернення: 09.04.2026).

3. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 09.04.2026).

4. Про питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2021 № 1268 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 09.04.2026).

5. Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації...: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 № 321

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF#Text> (дата звернення: 09.04.2026).

6. Положення про військово-лікарську експертизу в ЗСУ : Наказ МОУ від 14.08.2008 № 402 (у ред. Наказу № 262 від 27.04.2024). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08#Text> (дата звернення: 09.04.2026).

7. Про затвердження нових клінічних протоколів за темою «Бойова травма» : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.05.2025 № 856. URL: <https://lnk.ua/P4IBP3LUj> (дата звернення: 09.04.2026).

8. Питання медико-соціальної експертизи : Постанова КМУ від 03.12.2009 № 1317 (у ред. Постанови № 1276 від 08.11.2024). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF#Text> (дата звернення: 09.04.2026).

9. Про електронну систему охорони здоров'я : Постанова КМУ від 25.04.2018 № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 09.04.2026).

10. Вибухова травма вуха та втрата слуху. *Американський курс тактичної медицини (ТССС)*. URL: <https://tccc.org.ua/guide/aural-blast-injury-a-coustic-trauma-and-hearing-loss-cpg> (дата звернення: 09.04.2026).

11. Демченко Т. Г., Вербицька О. Ю. Акубаротравма та ЛЗЧМТ... при бойовій травмі. *Медицина XXI сторіччя : матеріали 86-го всеукр. конгресу*. 2025. С. 22–23. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/items/1145205b-de49-493a-9b31-44c62bbfd568> (дата звернення: 09.04.2026).

12. Предместніков О. Г. та ін. Формування системи реабілітації військовослужбовців... *Нове українське право*. 2025. Вип. 5. С. 61–66. URL: <https://newukrainianlaw.in.ua/index.php/journal/article/view/865/794> (дата звернення: 09.04.2026).

13. Фітькало О. ПТСР після перенесеної акубаротравми: клінічний випадок. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 1. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/478> (дата звернення: 09.04.2026).

14. Zhang J. et al. Prediction model for auditory and vestibular disfunction caused by a blast wave. *Shock Waves*. 2024. Vol. 34. P. 327–338. URL: <https://doi.org/10.1007/s00193-024-01168-3> (дата звернення: 09.04.2026).

*Сусак Марина Сергіївна,
докторка філософії в галузі права,
асистентка кафедри адміністративного права та процесу
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)*

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ: ПРОГАЛИНИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

Реалізація права на медичну та психологічну реабілітацію, гарантованого Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22 жовтня 1993 року № 3551-ХІІ [1], відбувається не безпосередньо, а через систему адміністративних процедур: подання звернення до уповноваженого органу, підтвердження статусу, скерування до реабілітаційного закладу, прийняття відповідного адміністративного рішення та його виконання. Саме на цьому процедурному рівні — у проміжку між задекларованим правом і його фактичним здійсненням — і зосереджені найбільш стійкі гендерні бар'єри, що досі залишаються поза увагою законодавця.

Варто наголосити, що адміністративна процедура є нейтральною лише формально. Чинний порядок звернення за реабілітаційними послугами не передбачає жодних гендерно-диференційованих елементів: ні на етапі прийому заяви, ні на етапі первинного обстеження, ні під час прийняття рішення про направлення до реабілітаційного закладу. Між тим відсутність таких елементів не означає рівності — вона означає, що стандарт, за яким оцінюється потреба у реабілітації, розроблявся з огляду на досвід чоловіків-комбатантів і відтворює цю орієнтацію у кожному конкретному адміністративному рішенні.

Першою процедурною прогалиною є відсутність обов'язкового гендерно-диференційованого скринінгу на етапі первинного звернення. Дослідження «Невидимий батальйон 2.0» зафіксувало, що жінки-ветеранки нерідко отримують неправильний діагноз або стикаються зі знеціненням бойового досвіду з боку медичного персоналу вже під час першого контакту з реабілітаційною

системою [2]. Наслідком є адміністративне рішення про відсутність підстав для направлення на реабілітацію — не через відсутність потреби, а через невідповідність між фактичним станом особи і критеріями, закладеними у процедуру оцінювання. Усунення цієї прогалини вимагає закріплення у підзаконних нормативних актах МОЗ України гендерно-диференційованого скринінгу як самостійного обов'язкового етапу процедури первинного звернення.

Другою процедурною прогалиною є відсутність гендерного виміру у процедурах військово-лікарських комісій та медико-соціальної експертизи. Науково підтверджено, що жінки з посттравматичним стресовим розладом демонструють переважно тривожно-депресивну симптоматику, яка суттєво відрізняється від клінічної картини, характерної для чоловіків [3]. Чинні діагностичні критерії, покладені в основу процедури встановлення права на реабілітацію, цієї відмінності не враховують. Відтак жінка-ветеранка з клінічно підтвердженим ПТСР може отримати відмову у направленні на відповідні програми через формальну невідповідність симптоматики стандартизованим показникам. Варто наголосити, що стаття 24 Конституції України зобов'язує державу забезпечити не декларативну, а фактичну рівність [4], що у процедурному вимірі означає обов'язок адаптувати діагностичні стандарти до гендерних особливостей перебігу захворювання.

Третьою процедурною прогалиною є відсутність механізму конфіденційного звернення для осіб, які пережили сексуальне насильство, пов'язане зі збройним конфліктом. Загальний порядок звернення за реабілітаційними послугами не передбачає ані спеціального суб'єкта, уповноваженого приймати такі звернення, ані окремої процедури їх розгляду, ані гарантій нерозголошення відомостей про характер пережитої травми. Дослідження «Невидимий батальйон 2.0» зафіксувало, що сексуальні домагання та насильство щодо жінок-військовослужбовців залишаються поширеним явищем і вкрай рідко стають предметом офіційного розгляду саме через відсутність безпечних процедурних механізмів звернення [2]. За таких умов сам факт необхідності розкриття інформації про сексуальне насильство у стандартній адміністративній процедурі стає бар'єром для звернення по допомогу і фактично унеможлиблює доступ постраждалих до реабілітаційних послуг.

Доречно підкреслити, що міжнародні стандарти містять конкретні процедурні орієнтири, ігнорування яких Україною набуває системного характеру. Резолюція Ради Безпеки ООН 1325 «Жінки, мир і безпека» [5] зобов'язує держави не лише декларувати рівний доступ до послуг, а й забезпечувати його через організаційні механізми, що враховують специфічний досвід жінок у збройних конфліктах. Комплексний план дій ВООЗ з психічного здоров'я на 2013–2030 роки [6] прямо передбачає гендерно-чутливий скринінг як обов'язковий елемент процедури доступу до психіатричної допомоги для осіб, постраждалих від збройних конфліктів. Жодна з цих вимог не знайшла відображення у підзаконному нормативному регулюванні відповідних адміністративних процедур в Україні.

Принагідно зауважимо, що відсутність гендерного моніторингу як складової адміністративного контролю унеможлиблює навіть виявлення масштабів описаної проблеми. Жодний із центральних органів виконавчої влади — ані МОЗ, ані Міністерство у справах ветеранів — не здійснює систематичного збору та аналізу даних про доступність реабілітаційних послуг у розрізі статі. Вітчизняна доктрина обґрунтовано наголошує, що ефективність гендерної рівності забезпечується не декларуванням принципів, а наявністю дієвих правових інструментів контролю за їх дотриманням [7]. Відсутність гендерного моніторингу є не лише організаційним недоліком, а й самостійною нормативною прогалиною, яка унеможлиблює будь-яку доказову основу для подальшого реформування.

Викладене дає підстави для таких пропозицій щодо вдосконалення адміністративно-процедурного регулювання у досліджуваній сфері. Так, МОЗ України необхідно закріпити у відповідних підзаконних актах обов'язковий гендерно-диференційований скринінг як самостійний етап процедури первинного звернення за реабілітаційними послугами та адаптувати діагностичні критерії військово-лікарських комісій з урахуванням гендерних відмінностей у симптоматиці посттравматичного стресового розладу. Окремим підзаконним актом слід визначити процедуру конфіденційного звернення для осіб, які пережили сексуальне насильство, пов'язане зі збройним конфліктом, із зазначенням уповноважених суб'єктів та гарантій нерозголошення. Міністерству у справах ветеранів України доцільно запровадити гендерний моніторинг доступності

реабілітаційних послуг як постійний інструмент адміністративного контролю. Реалізація зазначених заходів дозволить усунути розрив між формально задекларованим правом на реабілітацію та його фактичною доступністю для жінок-ветеранок в умовах воєнного стану.

Список використаних джерел

1. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22 жовтня 1993 року № 3551-ХІІ (редакція від 01.01.2026). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12> (дата звернення: 05.05.2026).

2. Invisible Battalion 2.0: Women Veterans Returning to Peaceful Life / Institute of Gender Programs. Kyiv, 2019. URL: <https://ukraine.un.org/sites/default/files/2020-09/invisible%20battalion%20eng.pdf> (дата звернення: 05.05.2026).

3. Lehavot K., Goldberg S. B., Chen J. A. et al. Post-traumatic Stress Disorder by Gender and Veteran Status. *American Journal of Preventive Medicine*. 2018. Vol. 54, № 1. P. 1–9.

4. Конституція України від 28 червня 1996 року. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр> (дата звернення: 05.05.2026).

5. United Nations Security Council Resolution 1325 (2000) on Women, Peace and Security. UN Women. URL: <https://www.unwomen.org/en/docs/2000/10/un-security-council-resolution-1325> (дата звернення: 05.05.2026).

6. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva : WHO, 2021. 74 p. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf> (дата звернення: 05.05.2026).

7. Оніщенко Н. М., Малюга Л. Ю., Булкат М. С. Забезпечення гендерної рівності: модерація суспільного діалогу, виклики та інструменти їх подолання. *Право України*. 2025. № 3. С. 57–69. DOI: 10.33498/loou-2025-03-057.

Чепкова Катерина Олександрівна,
кандидатка юридичних наук,
докторантка науково-організаційного відділу
Військового інституту
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ДИТИНИ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Збройний конфлікт створює умови, за яких права дітей стає набагато важче реалізовувати або взагалі є неможливим. Основну небезпеку, яку несе будь-який збройний конфлікт, це небезпека, в першу чергу, для здоров'я дітей. Сучасним збройним конфліктам характерні наступні риси: 1) наявність безпосередньої лінії зіткнення між сторонами конфлікту; 2) водночас за рахунок сучасного озброєння та військової техніки сторони конфлікту мають можливість здійснювати атаки в будь-яку точку країни незалежно від відстані від безпосередньої лінії зіткнення в будь-який період часу; 3) сучасне озброєння та військова техніка містять важкі метали (хром, цинк, залізо, мідь, ртуть) та вибухові речовини (октоген, тротил, гексоген, тетрил, сірка), які потрапляють в навколишнє природне середовище при їх застосуванні. Все це спричиняє низку ризиків для здоров'я дітей як фізичного, так і психічного.

Російсько-український збройний конфлікт не став виключенням. Постійні обстріли спричиняють погіршення якості повітря, отруєння ґрунту і вод, тощо. У зв'язку із постійними обстрілами діти вимушені тривалий час перебувати в укриттях, які в більшості випадків є напівпідвальними приміщеннями та із штучним освітленням. Повітряні тривоги та обстріли відбуваються по всій країні в будь-який проміжок часу. Станом на 6 квітня 2026 року по всій Україні пролунало 77722 повітряних тривог [1].

Це далеко не вичерпний перелік негативних проявів збройного конфлікту для здоров'я дітей. Держава, в особі уповноважених суб'єктів публічної адміністрації, повинна створити найбільш кращі умови для охорони здоров'я за таких обставин.

Усі ці обставини створили загрози для реалізації багатьох прав дітей. В тому числі і для права на охорону здоров'я. В цьому контексті можна окреслити наступні проблемні питання.

По-перше, це пошкодження або руйнування через обстріли медичних закладів. За інформацією, наданою Міністерством охорони здоров'я України, станом на 1 квітня 2026 року, за інформацією структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської військових адміністрацій, підтверджено пошкодження або знищення 2 598 об'єктів, що входять до складу 826 закладів охорони здоров'я. Зокрема, внаслідок дій ворога повністю зруйновано 331 об'єктів, що входять до складу 122 закладів охорони здоров'я. Найбільших пошкоджень зазнали медичні заклади Донецької, Харківської, Херсонської, Луганської, Запорізької та Миколаївської областей. Йдеться про лікарні, амбулаторії, пологові, поліклініки тощо [2].

По-друге, це кадрова нестача медичних працівників, а тим більше медичних працівників з лікарською спеціальністю, які займаються дітьми. Питання нестачі медичних кадрів розглянуто на засіданні Ради національної безпеки і оборони України та вказано, що це є одна із загроз національній безпеці [3].

По-третє, проблемне питання, яке взаємопов'язане з попереднім пунктом. З лютого 2022 року значно збільшилася внутрішньо переміщених осіб. Станом на 06.04.2024 808114 дітей зареєстровані та обліковані як внутрішньо переміщені особи [4]. Як наслідок, збільшення навантаження на лікарів. Хоча при цьому збільшення штатних розписів медичних закладів не збільшується.

Міністерство охорони здоров'я України, як уповноважений суб'єкт публічної адміністрації в сфері охорони здоров'я, у зв'язку із викликами, які виникли з лютого 2022 року, прийняв ряд рішень. Серед яких:

– рішення щодо надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану внутрішньо переміщеним особам: ведення обліку переміщених осіб, які звертаються для отримання первинної медичної допомоги, за формою, що додається; надання первинної медичної допомоги та медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані з числа переміщених осіб; проведення вакцинації відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень [5];

– визначив механізм організації та забезпечення надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини;

– визначив тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності до надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України;

– визначив порядок організації та забезпечення етапності надання медичної допомоги постраждалим внаслідок збройного конфлікту.

Список використаних джерел

1. Кількість оголошених тривог. URL: <https://alerts.in.ua/> (дата звернення 06.04.2026).

2. В Україні триває комплексна робота з відновлення пошкоджених об'єктів медичної інфраструктури. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/v-ukrayini-trivaye-kompleksna-robota-z-vidnovlennya-poshkodzenih-ob-yektiv-medichnoyi-infrastrukturi> (дата звернення 06.04.2026).

3. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 5 грудня 2024 року «Щодо протидії загрозам національній безпеці України у сфері охорони здоров'я в особливий період»: Указ Президента України від 5 грудня 2024 року № 817/2024. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/8172024-53005> (дата звернення 06.04.2026).

4. Інформаційно-обчислювальний центр Мінсоцполітики України. URL: <https://www.ioc.gov.ua/analytics/dashboard-vpo> (дата звернення 06.04.2026).

5. Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 березня 2022 № 496. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text> (дата звернення 06.04.2026).

*Шевчук Вікторія Леонідівна,
викладач-методист Київського професійно-педагогічного
фахового коледжу імені Антона Макаренка
(м. Київ, Україна)*

*Микитенко Дарина Андріївна,
здобувачка освіти Київського
професійно-педагогічного фахового
коледжу імені Антона Макаренка
(м. Київ, Україна)*

ТЕЛЕМЕДИЦИНА ЯК ІНСТРУМЕНТ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Умови воєнного стану суттєво вплинули на всі сфери життя, і система охорони здоров'я не стала винятком. Через бойові дії, масове переміщення людей та цілеспрямоване пошкодження медичних закладів (за даними моніторингових звітів, пошкоджено або зруйновано понад 1600 об'єктів) багато громадян зіткнулися з критичними труднощами у доступі до медичної допомоги. Доступ до вузькопрофільних спеціалістів у деокупованих регіонах та зоні активних бойових дій знизився на 60–70% [1, с. 12].

У таких обставинах особливо важливо знаходити альтернативні способи забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Одним із таких способів стала телемедицина. Вона дозволяє отримати консультацію лікаря дистанційно, не наражаючи себе на додаткову небезпеку та не витрачаючи час на дорогу до лікарні. Це особливо актуально для людей, які перебувають у зоні бойових дій або були змушені змінити місце проживання. Крім того, розвиток телемедицини відповідає сучасним євроінтеграційним напрямкам розвитку системи охорони здоров'я, адже цифровізація медичних послуг уже давно активно впроваджується в країнах Європейського Союзу [8, с. 45]. Дослідження телемедицини як інструменту забезпечення права на охорону здоров'я є актуальним і важливим як з практичної, так і з правової точки зору.

Телемедицина — це сукупність організаційних, правових та технологічних заходів, що забезпечують надання медичних послуг із використанням засобів дистанційного зв'язку, коли пацієнт і лікар перебувають у різних місцях [7, с. 9]. Вона поєднує елементи

медичного, інформаційного та правового регулювання, що формує потребу у системному науковому осмисленні. Фактично телемедицина розглядається як форма медичної допомоги, що забезпечує консультації, діагностику та моніторинг стану пацієнтів [2].

Сучасне українське законодавство зробило значний крок уперед із прийняттям Закону України № 3301-IX від 09.08.2023 р. Цей документ не лише легітимізував термін «цифрова медицина», а й інтегрував телемедичні послуги в Програму медичних гарантій. Це означає, що держава офіційно визнає дистанційну допомогу рівноцінною очній, якщо вона зафіксована в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) [3]. До основних видів послуг, що активно застосовуються, належать:

- телеконсультація (у форматах «лікар-пацієнт» та «лікар-лікар» для уточнення діагнозу);
- телерадіологія (дистанційна передача результатів КТ/МРТ для аналізу фахівцями в тилкових госпіталах);
- телеметрія (моніторинг показників ЕКГ, тиску та рівня цукру у хворих на хронічні захворювання) [10, с. 112].

Відповідно до ст. 49 Конституції України, кожен має право на охорону здоров'я та медичну допомогу [9]. В умовах війни реалізація цього права стикається із критичними викликами. Зміст права на охорону здоров'я в умовах війни трансформується: держава зобов'язана забезпечити не просто абстрактну допомогу, а її доступність (availability) та фізичну досяжність (accessibility).

Особливості реалізації цього права в умовах воєнного стану полягають у принципі екстериторіальності. Завдяки телемедицині пацієнт не втрачає зв'язку зі своїм лікарем, навіть якщо був змушений виїхати за кордон або в іншу область України. Це дозволяє забезпечити конституційні гарантії безперервності лікування [4, с. 230]. Важливо розуміти, що право на охорону здоров'я в умовах війни є одним з небагатьох прав, яке не може бути суттєво обмежене навіть під час дії особливого правового режиму.

Телемедицина стала інструментом «золотої години» для військових та цивільних у зоні конфлікту. Дистанційне консультування та діагностика дозволяють парамедикам на етапі евакуації отримувати поради від провідних хірургів та реаніматологів, що значно підвищує шанси на виживання [5].

Значення телемедицини для внутрішньо переміщених осіб полягає у можливості отримувати електронні рецепти та направлення, не проходячи повторних обстежень у нових містах. Це особливо важливо для людей з онкологічними захворюваннями або цукровим діабетом, де перерва у лікуванні є смертельно небезпечною [6, с. 94]. Таким чином, телемедицина виступає гарантом реалізації прав вразливих верств населення в умовах гуманітарної кризи.

Незважаючи на стрімкий розвиток, цифровізація медицини несе певні ризики:

Найбільш дискусійним є питання юридичної відповідальності лікаря. Оскільки огляд проводиться дистанційно, лікар обмежений у методах діагностики (пальпація, перкусія). Відтак виникає питання: хто несе відповідальність за помилковий діагноз — лікар, пацієнт, який неточно описав симптоми, чи провайдер зв'язку, через який виникли технічні перешкоди? [6, с. 101].

Медична таємниця в цифровому форматі стає об'єктом кібератак. Захист баз даних ЕСОЗ та шифрування каналів зв'язку є обов'язковою умовою згідно з вимогами Закону «Про захист персональних даних» [11, с. 55].

Відсутність стабільного інтернету (особливо в умовах блекаутів) та низький рівень цифрової грамотності серед пацієнтів старшого віку створюють «цифровий розрив», який держава намагається подолати за допомогою станцій Starlink та мобільних додатків.

Розвиток телемедицини в Україні синхронізується зі стратегією Європейського простору медичних даних (EHDS). Досвід країн ЄС, наприклад Естонії чи Німеччини, доводить, що повна цифровізація медичних карток зменшує кількість лікарських помилок на 15–20% [12, с. 34]. Гармонізація українського законодавства з європейськими стандартами (зокрема регламентом GDPR) дозволить нашим громадянам у майбутньому отримувати медичну допомогу в будь-якій країні ЄС без бюрократичних перешкод [8, с. 110]. Це є ключовим етапом модернізації української медицини на шляху до членства в Євросоюзі.

Перспективи розвитку цифрової медицини в Україні полягають у вдосконаленні процесуальних норм щодо захисту медичної таємниці в мережі; чіткому законодавчому розмежуванні відповідальності лікарів при наданні дистанційних послуг; інтеграції штучного інтелекту в системи підтримки прийняття клінічних рішень.

Значення телемедицини для забезпечення прав людини після війни лише зростатиме, адже вона є фундаментом для побудови сучасної, прозорої та доступної системи охорони здоров'я європейського зразка.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що телемедицина в умовах воєнного стану перетворилася з інноваційного напрямку на базовий інструмент забезпечення конституційного права на охорону здоров'я. Вона дозволяє подолати фізичні та географічні бар'єри, забезпечуючи медичну допомогу вразливим верствам населення, ВПО та військовослужбовцям.

Список використаних джерел

1. Охорона здоров'я в умовах війни: аналітичний звіт за 2023–2024 рр. / за ред. О. Петренка. Київ : Медінформ, 2024. 180 с.
2. Про затвердження Положення про застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2015 № 681. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text>
3. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування медичної інформаційної системи та розвитку цифрових технологій у сфері охорони здоров'я : Закон України від 09.08.2023 № 3301-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3301-20>
4. Сенюта І. Я. Медичне право України: підручник. Львів : Вид-во ЛНУ ім. Івана Франка, 2023. 450 с.
5. Розвиток телемедичних послуг в умовах збройного конфлікту. Міністерство охорони здоров'я України. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/telemed-war-report>.
6. Стеценко С. Г. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Право України. 2024. № 1. С. 89–102.
7. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States. Report on the second global survey on eHealth. Geneva : WHO Press, 2010. 106 p.
8. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я: європейський досвід та українські реалії / наук. ред. В. Москаленко. Київ : Логос, 2025. 210 с.
9. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>.
10. Коваленко Т. О. Телемедицина в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку. Медичне право України. 2022. № 2. С. 110–115.
11. Гаврилюк О. В. Захист персональних даних у сфері телемедицини. Юридичний вісник. 2023. № 1. С. 54–58.
12. eHealth in the European Union: overview of policies and practices. European Commission, 2021. 78 p.

Трибуна Молодого Вченого

Александрова Віолетта Олегівна

здобувачка вищої освіти Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету імені Тараса Шевченка

(м. Київ, Україна)

Науковий керівник:

Москаленко Катерина Вікторівна

кандидатка юридичних наук, доцентка,

доцентка кафедри цивільного права

Навчально-наукового інституту права

Київського національного університету імені Тараса Шевченка

(м. Київ, Україна)

ПРАВОВІ ГАРАНТІЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: СВРОІНТЕГРАЦІЙНИЙ ВЕКТОР

В умовах воєнного стану проблема охорони психічного здоров'я населення набуває критичного значення. Особливо вразливою категорією є жінки у післяпологовий період, оскільки військова агресія, вимушена міграція, постійна загроза життю та зниження соціально-економічної стабільності виступають потужними тригерами розвитку психоемоційних розладів. У цьому контексті реформування системи охорони здоров'я має передбачати перехід від суто соматичної моделі післяпологового відновлення до комплексного забезпечення ментального благополуччя жінки як складової її особистих немайнових прав.

Сучасні міжнародні стандарти демонструють трансформацію підходів до післяпологового догляду. Рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я 2022 року закріплюють концепцію «позитивного післяпологового досвіду», яка передбачає інтеграцію психоемоційного супроводу до структури медичної допомоги та визнає ментальне здоров'я невід'ємною складовою належного рівня медичного обслуговування [1]. Такий підхід відповідає європейській моделі охорони здоров'я, де ключове значення надається автономії пацієнтки, індивідуалізації медичної допомоги та безперервності медичного супроводу.

Аналогічні тенденції простежуються і в сучасних дослідженнях громадянського суспільства. Зокрема, у дослідженні «Якість відновлення жінки після пологів», розробленого експертами ГО «Генерація матерів Лада», підкреслюється необхідність переходу від виключно клінічно орієнтованої моделі до комплексного підходу, який охоплює психоемоційний стан жінки, її соціальне середовище та безперервний супровід після виписки зі стаціонару [2]. Важливим є те, що емпіричні дані свідчать про високий рівень поширеності післяпологових психоемоційних порушень та водночас низький рівень звернення за професійною допомогою, що зумовлює фактичну недоступність відповідних послуг для значної частини жінок.

Попри задекларований євроінтеграційний курс, правове забезпечення ментального здоров'я породіль в Україні залишається фрагментарним. Формальне визнання психоемоційного компоненту післяпологового відновлення не супроводжується створенням дієвих механізмів його реалізації. Це проявляється у відсутності системного підходу до раннього виявлення психічних розладів, недостатній інтеграції психологічного супроводу у загальну модель медичної допомоги та відсутності безперервного спостереження за станом жінки після виписки зі стаціонару. Базовий документ у цій сфері — Уніфікований клінічний протокол «Фізіологічні пологи» затверджений наказом МОЗ України від 26.01.2022 № 170 [3]. Він не містить чітких юридичних алгоритмів обов'язкового скринінгу психічного здоров'я жінки перед випискою.

Особливої уваги у цьому контексті заслуговує Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS) — міжнародно визнаний та валідований інструмент, спеціально розроблений для ранньої ідентифікації психоемоційних розладів у породіль. Наказом МОЗ України від 13.12.2023 № 2118 цю шкалу формально інтегровано у вітчизняну систему охорони здоров'я як дозволений метод психологічної діагностики. Однак її застосування наділене виключно рекомендаційним характером і не є імперативним етапом медичного маршруту пацієнтки ані на рівні пологового стаціонару, ані на рівні первинної медичної допомоги. В умовах воєнного стану, коли через постійний стрес та стигматизацію жінки схильні ігнорувати або приховувати симптоми депресії, такий факультатив-

ний підхід є критично неефективним. Перехід від права лікаря застосувати шкалу до його юридичного обов'язку провести скринінг за допомогою EPDS є необхідним кроком для реального забезпечення права жінки на медичну допомогу.

З позицій цивільного права така ситуація може розглядатися як звуження змісту права жінки на медичну допомогу, оскільки воно фактично обмежується фізіологічним компонентом і не охоплює психічне благополуччя як його невід'ємну складову. Крім того, відсутність своєчасної діагностики психоемоційних розладів впливає на здатність жінки реалізовувати принцип автономії, що ставить під сумнів ефективність інституту інформованої згоди.

Воєнний контекст додатково загострює зазначені проблеми. Підвищений рівень тривожності, розлука з партнером, нестабільні умови проживання та обмежений доступ до медичних послуг формують нові виклики для системи охорони здоров'я. У таких умовах психоемоційне відновлення жінки набуває значення публічного інтересу, що вимагає відповідної трансформації правових гарантій.

Аналіз іноземного досвіду свідчить, що ефективні моделі післяпологового догляду базуються на проактивному підході до психічного здоров'я. Зокрема, у країнах Європейського Союзу широко застосовується практика регулярних патронажних візитів медичних працівників, під час яких здійснюється оцінка психоемоційного стану жінки. У Канаді та Великій Британії психоемоційний скринінг інтегровано у стандартні маршрути пацієнта, що забезпечує раннє виявлення післяпологових розладів та своєчасне надання допомоги [4; 5]. Важливою особливістю таких моделей є їхня орієнтація на безперервність медичного супроводу та залучення сім'ї як елемента підтримки жінки.

З огляду на це євроінтеграційний розвиток системи охорони здоров'я України має передбачати не лише формальне запозичення міжнародних стандартів, а їх глибоку адаптацію з урахуванням умов воєнного стану. Йдеться, зокрема, про необхідність інституціоналізації психоемоційного компоненту післяпологового відновлення, забезпечення безперервного супроводу жінки та створення механізмів раннього виявлення психічних розладів.

Таким чином, забезпечення ментального здоров'я жінок у післяпологовий період в умовах воєнного стану є ключовим елемен-

том реалізації права на медичну допомогу. Його ефективною правовою забезпечення можливе лише за умови переходу до комплексної моделі післяпологового відновлення, що поєднує медичні, психологічні та правові механізми, орієнтовані на захист гідності, автономії та благополуччя жінки.

Список використаних джерел

1. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva : World Health Organization, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989> (дата звернення: 08.04.2026).

2. Якість відновлення жінки після пологів: аналітичний звіт від ГО «Генерація матерів Лада», 2023–2024. URL: <https://golada.org/Research-Quality-of-recovery-of-women-after-childbirth> (дата звернення: 08.04.2026).

3. Фізіологічні пологи: Клінічна настанова, заснована на доказах. Міністерство охорони здоров'я України, державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України», 2021. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/01/2022_170_kn_fizpology.pdf (дата звернення: 08.04.2026).

4. Postnatal care: NICE guideline. 20 April, 2021. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037> (дата звернення: 08.04.2026).

5. Chapter 5. Postpartum Care. Public Health Agency of Canada. December, 2020. URL: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelineschapter-5/maternity-guidelines-chapter-5-en.pdf> (дата звернення: 08.04.2026).

Аношин Євгеній Максимович,
аспірант Державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», лікар акушер-гінеколог відділення для вагітних з акушерською патологією та вадами розвитку у плода Державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України» (м. Київ, Україна)
Науковий керівник:

Скрипченко Наталія Яківна,
докторка медичних наук, професорка, завідувача відділення для вагітних з акушерською патологією та вадами розвитку у плода Державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України» (м. Київ, Україна).

ОСОБЛИВОСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВИЦЯМ ТА ВЕТЕРАНКАМ

Протягом століть жінки піддаються впливу стресу, пов'язаного з їх навколишнім середовищем. Війни, пандемії, глобальні катаклізми — це все значною мірою впливає на їх фізичне, емоційне та соціальне життя. За останні 15 років жінки в Україні все більше піддаються впливу стресу та його наслідків. За останні роки ми спостерігаємо збільшення кількості жінок, які проходять активну службу в Збройних Силах України на бойових посадах, що в подальшому несе ризики для їх здоров'я, як психоемоційного, так і соматичного (репродуктивного, кардіоваскулярного та інших). Виходячи з цього, підвищена участь жінок у бойових діях та силових структурах робить проблеми репродуктивного здоров'я і психічного здоров'я (зокрема ПТСР) пріоритетними для системи охорони здоров'я та створення адаптованих програм надання медичної допомоги з реабілітації.

Як бачимо, хронічний стрес і ПТСР, викликаний факторами пандемій та війни, значною мірою впливають на гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову (ГГН) систему, що призводить до виникнення гінекологічно-акушерських, ендокринологічних, психіатричних

та репродуктивних проблем, які включають в себе менструальні розлади, гормональні дисфункції, запальні процеси, репродуктивні втрати (викидні, ранні пологи, безпліддя), післяпологову депресію, порушення лактації та складнішої материнської прив'язаності.

Окремим і вкрай важким питанням для адаптації надання медичної допомоги залишаються пережиті травматичні події жінок в умовах війни (сексуальне насильство або втрати під час служби), що посилює ризик розладів сексуального функціонування, болю під час сексу, небажання планувати вагітність.

Незважаючи на період рівних прав серед жінок та чоловік, жінки частіше піддаються стигмі в умовах «чоловічої роботи», особливо на рівних посадах. Стигма щодо психічних проблем і репродуктивних скарг серед військовослужбовиць, обмежений доступ до спеціалізованих гінекологічних і психіатричних/психологічних послуг у зоні служби, недостача адекватних профільних медичних спеціалістів в зоні бойових дій, призводить до ігнорування, пізнього звернення за допомогою та погіршення подальшого репродуктивного здоров'я та реабілітації.

Незважаючи на наявність реабілітаційних програм, реабілітація жінок, які проходять чи проходили активну військову службу, потребує складного та комплексного підходу. Реабілітація повинна охоплювати всі аспекти життя жінок: гінекологічні, психологічні (з залученням спеціалістів, які мають необхідні практичні, комунікативні та етичні навички, а також створення протоколів маршрутизації до спеціалістів; залучення психологів і сексологів до бригад), ендокринологічні і т.д. і створюватись необхідні умови для роботи з травмою (групи підтримки, сімейна терапія, програми зменшення стигматизації, тренінги з управління стресом, техніки регуляції афекту). Важливим питанням залишається подальше планування, перебігу вагітності та пологів, перебігу післяпологового періоду, з урахуванням характеру травми та особливостей надання реабілітаційної допомоги (КПТ, фармакотерапія, боротьба з залежностями).

Список використаних джерел

1. Стасюк, В., & Федоренко, Ю. (2025). ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВИЦЬ. *Вісник Національного університету оборони України*, 87(5), 172–180. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-87-5-172-180>
2. Ahaiev N.A. (2020) *Psykhologichni aspekty adaptatsii viiskovosluzhbovtsiv do umov boiovykh dii*. [Psychological aspects of adaptation of military personnel to combat conditions] Kyiv: Vydavnytstvo NUOU, S. 180 (in Ukrainian).
3. Lebedieva S.Iu. (2022) *Henderni aspekty psykhologichnoi pidtrymky viiskovosluzhbovtsiv*. [The current aspects of psychological and psychological support of virological patients] *Zhurnal viiskovoi psykhologhii*, № 4. S. 12–20 (in Ukrainian).
4. Leskov V.O. (2020) *Diahnostyka ta korektsiia posttravmatychnoho stresovoho rozladu u viiskovosluzhbovtsiv*. [Diagnostics and correlation of post-traumatic stress disorder in the case of virological patients] Lviv: LNU im. I. Franka, S. 200 (in Ukrainian).
5. Tatarchuk, Tetiana & Kosei, N. & Plaksiieva, Kateryna & Tutchenko, T.M & Iarotska, N.V. & Kozlov, S.M. (2025). Current issues in reproductive health of the female military personnel in Ukraine. *Reproductive health of woman*. 7-14. 10.30841/2708-8731.7.2025.343872.

Аношина Тетяна Вікторівна,
аспірантка Національного університету охорони
здоров'я України імені П.Л.Шупика,
кардіолог, терапевт, лікар з функціональної
діагностики відділення внутрішніх хвороб
КНП «Київська міська клінічна лікарня №4»
(м. Київ, Україна)
Науковий керівник:

Рекалов Дмитро Геннадійович,
доктор медичних наук, професор,
ННЦ ДУ «Національний науковий центр
«Інститут кардіології, клінічної та регенеративної
медицини імені академіка М.Д. Стражеска
Національної академії медичних наук України
(м. Київ, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ КАРДІОРЕБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ТА ВЕТЕРАНАМ

За останні 15 років Україна стикнулася з викликами, які доволі важко уявити в цивілізованому Світі: гібридна агресія рф (2014–2022) після Революції гідності (2013), Всесвітня пандемія COVID-19 (2019–2023), повномасштабне вторгнення рф (2022 — тепершній час). Всі ці причини значною мірою вплинули на формування в населення тривалого та хронічного стресу, що значно загострив перебіг хвороб, особливо серцево-судинних не тільки у військових, а і цивільного населення.

Станом на початок 2025–2026 років чисельність Збройних Сил України та Сил оборони перевищує 800–900 тисяч осіб. Чималий відсоток з них має проблеми зі здоров'ям, що включає ПТСР, серцево-судинні хвороби, кульові/мінно-вибухові травми і їх наслідки (ампутації, каліцтва, загострення соматичної патології). Частина діючих військовослужбовців та ветеранів вимушені ігнорувати свій стан через обмежені можливості надання реабілітаційної допомоги такій категорії травмованих, а також особливості функціонування системи ВЛК в ЗСУ.

За останнє десятиліття система реабілітації в Україні тільки почала свій шлях розвитку з метою покращення умов існування та

відновлення травмованих внаслідок війни. Ми поступово бачимо спеціалізовані центри, як цивільна так і військові, які створюють необхідні умови та програми для надання якісної реабілітаційної медичної допомоги для військових та поранених з ампутаціями та фізичними травмами внаслідок кульових/мінно-вибухових травм. Надання медичної допомоги з соматичною патологією, нажаль, залишається недостатньо висвітленим в умовах організації реабілітації та зазвичай залишається лише в умовах первинної та вторинної ланки, з мінімальним залученням спеціалізованої реабілітаційної допомоги (за умов наявності раніше описаних травм).

Проведенні ретроспективні дослідження в Світі (США, Ізраїль) демонструють значні проблеми в реалізації достатньої та адекватної системи надання реабілітації соматичних станів військовослужбовців та ветеранів. Хронічний стрес та особливості існування в умовах стану війни, збройної агресії, значною мірою призводять до загострення кардіоваскулярних станів серед військовослужбовців та ветеранів. Серед них спостерігаються виникнення артеріальної гіпертензії, кардіоміопатій, тромбозів глибоких вен в достатньо молодому віці без попередньо-існуючої медичної історії, що в свою чергу значно впливає на їх життя та життя їх близьких і підвищує ризик смертності в молодому віці. Незважаючи на наявність ветеранських асоціацій та центрів реабілітації в США, прихильність до проведення кардіореабілітації доволі низька.

На даний момент спостерігається значне ігнорування серцево-судинних станів серед військовослужбовців та ветеранів в Україні. Однією з головних причин ігнорування є самокалічення з метою демобілізації, як наслідок неідеальної системи ротації військ. Це питання так само залишається гострим на сьогоднішній день та потребує формування справедливого та стандартизованого проведення огляду на ВЛК та створення умов для відновлення військовослужбовців, які проходять активну службу на передовій.

Сучасна система кардіореабілітації в Україні залишається недостатньо адаптованою та розвинутою (внаслідок економічних та соціальних факторів), яка потребує навчання та підготовки медичного персоналу, створення спеціальних нормативно-правових актів (стандартів, настанов), формування спеціалізованих центрів, не тільки військових, а і цивільних, для надання реабілітаційної допомоги.

Список використаних джерел

1. Varghese MS, Wu WC, Drwal KR, Burg MM, Kazi DS, Gaffey AE, Mattocks KM, Brandt CA, Bastian LA, Gandhi PU. Cardiac Rehabilitation Among Veterans: A Narrative Review. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2025 Mar 1;45(2):78–84. doi: 10.1097/HCR.0000000000000932. Epub 2025 Feb 26. PMID: 40014636.

2. Varghese, M, Han, L, Gandhi, P. et al. Cardiac Rehabilitation Utilization Among Veterans: A Sex-Based Analysis. *JACC Adv.* 2026 Mar, 5 (3). <https://doi.org/10.1016/j.jacadv.2026.102615>

3. Beatty AL, Doll JA, Schopfer DW, Maynard C, Plomondon ME, Shen H, Whooley MA. Cardiac Rehabilitation Participation and Mortality After Percutaneous Coronary Intervention: Insights From the Veterans Affairs Clinical Assessment, Reporting, and Tracking Program. *J Am Heart Assoc.* 2018 Oct 2;7(19):e010010. doi: 10.1161/JAHA.118.010010. PMID: 30371315; PMCID: PMC6404876.

4. Сучасні види реабілітації для постраждалих від війни та ветеранів ЗСУ. URL: <https://mva.gov.ua/ua/veteranskij-fond/konkursiogoloshennya> (дата звернення: 22.12.2023).

5. Вдовіченко О., Соколова І., Педченко О., Степанова С., Фролова О. Психологічна реабілітація і супровід ветеранів війни: досвід Ізраїлю. *Zeszyty naukowe wyższej szkoły technicznej w katowicach.* 2023, No. 16. S. 107–118. DOI: 10.54264/0066.

Бондаренко Степан Юрійович
фахівець кафедри технологій захисту кіберпростору
центру кібербезпеки
Навчально-наукового інституту інформаційної безпеки
та стратегічних комунікацій
Національної академії служби безпеки України
(м. Київ, Україна)

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ІНФРАСТРУКТУРНА ОСНОВА ПІДТРИМАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ТА ДЕРЖАВНОЇ БЕЗПЕКИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Система охорони здоров'я є однією з ключових інституційних підвалин функціонування сучасної держави, оскільки забезпечує не лише збереження та відновлення здоров'я населення, а й підтримує сталість соціально економічних процесів, стійкість державного управління та обороноздатність країни. У контексті воєнного стану її значення набуває принципово нового виміру, адже медична система трансформується з елементу соціальної політики у важливу складову національної та державної безпеки [3]. Саме через спроможність системи охорони здоров'я забезпечувати безперервність медичної допомоги, оперативне реагування на масові санітарні втрати, контроль за епідемічною ситуацією та підтримання працездатності населення визначається здатність держави зберігати функціональну стабільність у кризових умовах.

У сучасних безпекових дослідженнях охорона здоров'я дедалі частіше розглядається як критично важлива інфраструктура, що має стратегічне значення для забезпечення життєдіяльності суспільства. В умовах воєнного стану медична система виконує комплекс взаємопов'язаних функцій, які охоплюють як традиційні медичні завдання, так і спеціалізовані функції забезпечення національної безпеки. До таких функцій належать медичне забезпечення військових формувань, лікування та реабілітація поранених, реагування на масові ураження цивільного населення, протидія біологічним загрозам, забезпечення санітарно епідеміологічного контролю, підтримання психічного здоров'я населення та запобігання гуманітарним кризам [1].

У структурному вимірі система охорони здоров'я в умовах воєнного стану повинна функціонувати як складна багаторівнева інфраструктура, що включає медичні заклади різних рівнів, систему екстреної медичної допомоги, лабораторні центри, систему медичного постачання, фармацевтичну індустрію, кадровий потенціал, інформаційні системи управління та механізми координації між цивільним і військовим сектором. Ефективність функціонування цієї інфраструктури визначається ступенем її інтегрованості у загальнодержавну систему кризового реагування, оборонного планування та управління надзвичайними ситуаціями [5].

Особливістю функціонування системи охорони здоров'я під час воєнного стану є різке зростання навантаження на всі її елементи. Масові поранення, травми різного ступеня тяжкості, ураження вибуховими пристроями, мінно вибухові травми, опіки, контузії та інші специфічні наслідки бойових дій потребують високоспеціалізованої медичної допомоги, що вимагає наявності відповідних ресурсів, підготовленого персоналу та ефективної системи медичної евакуації [2]. У цьому контексті особливого значення набуває функціонування системи етапного лікування, що передбачає чітко організовану послідовність надання медичної допомоги від місця отримання поранення до спеціалізованих лікувальних закладів.

Не менш важливим аспектом є здатність системи охорони здоров'я забезпечувати медичне обслуговування цивільного населення у умовах руйнування інфраструктури, переміщення населення та обмеженого доступу до медичних ресурсів. Воєнні дії часто призводять до пошкодження лікарень, поліклінік, лабораторій та аптечних мереж, що створює ризик виникнення медичних вакуумів на окремих територіях. У таких умовах необхідним є формування резервних механізмів медичного забезпечення, зокрема мобільних медичних підрозділів, польових госпіталів та альтернативних каналів постачання медичних препаратів.

З точки зору державної безпеки одним із критично важливих компонентів системи охорони здоров'я є система епідеміологічного нагляду та біологічної безпеки [6]. Воєнний стан значно підвищує ризики поширення інфекційних захворювань унаслідок масового переміщення населення, погіршення санітарних умов, порушення водопостачання та систем утилізації відходів. У таких

умовах система охорони здоров'я повинна забезпечувати постійний моніторинг епідемічної ситуації, своєчасне виявлення спалахів захворювань, оперативне проведення протиепідемічних заходів та координацію дій із іншими державними органами.

Важливою складовою інфраструктурної ролі системи охорони здоров'я є її здатність підтримувати психічну стійкість суспільства. Воєнний стан супроводжується значним психологічним навантаженням на населення, що проявляється у зростанні рівня стресових розладів, депресивних станів, посттравматичних синдромів та інших порушень психічного здоров'я. Масове поширення таких явищ може негативно впливати на соціальну стабільність, економічну активність та загальний рівень суспільної безпеки. Тому система охорони здоров'я повинна включати ефективні механізми психосоціальної підтримки, психологічної реабілітації та довгострокової допомоги постраждалим [4].

Окремого значення набуває питання кадрового потенціалу медичної системи. Умови воєнного стану вимагають від медичних працівників високого рівня професійної підготовки, здатності працювати у стресових умовах, швидко приймати рішення та ефективно взаємодіяти з іншими службами. Підготовка такого персоналу передбачає розвиток системи військово медичної освіти, впровадження спеціалізованих програм підготовки з тактичної медицини, медицини катастроф, кризового менеджменту та медичної логістики.

Суттєвим елементом інфраструктурної стійкості системи охорони здоров'я є наявність ефективної системи медичного постачання. У воєнних умовах стабільність постачання лікарських засобів, медичного обладнання, перев'язувальних матеріалів, крові та її компонентів стає одним із визначальних факторів ефективності медичного забезпечення. Порушення логістичних ланцюгів, блокування транспортних маршрутів або руйнування складських потужностей можуть призвести до критичних дефіцитів медичних ресурсів. Тому важливим напрямом забезпечення державної безпеки є формування стратегічних резервів медичних ресурсів та диверсифікація каналів їх постачання.

Інформаційний вимір функціонування системи охорони здоров'я також має важливе значення для підтримання національної

безпеки. Сучасні інформаційні системи управління дозволяють здійснювати оперативний облік медичних ресурсів, координувати роботу медичних закладів, аналізувати епідеміологічну ситуацію та прогнозувати потреби системи у різних видах медичної допомоги. В умовах воєнного стану такі системи повинні бути максимально захищеними від кіберзагроз та забезпечувати безперервність функціонування навіть у разі пошкодження окремих елементів інфраструктури.

Важливим аспектом забезпечення ефективності системи охорони здоров'я у воєнний період є її інтеграція з іншими секторами безпеки та оборони. Медична система повинна функціонувати у тісній взаємодії з військовими структурами, службами цивільного захисту, правоохоронними органами, транспортною інфраструктурою та органами державного управління. Така міжвідомча координація дозволяє забезпечити оперативний обмін інформацією, узгоджене використання ресурсів та швидке реагування на кризові ситуації.

З огляду на наведене система охорони здоров'я у сучасних умовах повинна розглядатися не лише як соціальна інституція, а як стратегічний елемент інфраструктури державної безпеки. Її спроможність ефективно функціонувати у період воєнного стану визначає рівень стійкості держави до зовнішніх загроз, здатність суспільства адаптуватися до кризових умов та потенціал країни щодо збереження людського капіталу. Саме тому розвиток системи охорони здоров'я, підвищення її стійкості, модернізація інфраструктури та удосконалення механізмів управління повинні розглядатися як один із пріоритетних напрямів державної політики у сфері національної безпеки.

Список використаних джерел

1. European Commission. Communication on Strengthening Health Security in the European Union. Brussels : EC Publishing, 2021. 24 p. URL: <https://health.ec.europa.eu/publications/> (дата звернення: 15.03.2026).

2. Health Care in Danger: The Responsibilities of Health-Care Personnel Working in Armed Conflicts and Other Emergencies / International Committee of the Red Cross. Geneva : ICRC, 2020. 60 p.

3. Health Systems in Emergencies: A Framework for Resilient Response / World Health Organization. Geneva : WHO Press, 2020. 84 p.
4. Inter-Agency Standing Committee. Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva : IASC, 2019. 110 p.
5. Kruk M. E., Myers M., Varpilah S. T., Dahn B. T. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*. 2015. Vol. 385, no. 9980. P. 1910–1912.
6. The World Bank. World Development Report 2023: Health, Conflict, and State Fragility. Washington, DC : International Bank for Reconstruction and Development, 2023. 212 p. URL: <https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2023> (дата звернення: 17.03.2026).

Борецька Софія Олександрівна
здобувачка вищої освіти юридичного факультету
Національного університету біоресурсів і
природокористування України
(м. Київ, Україна)
Науковий керівник:

Калмикова Олена Вікторівна,
кандидатка юридичних наук, професорка,
професорка кафедри адміністративного та фінансового права
Національного університету біоресурсів і
природокористування України
(м. Київ, Україна)

ПРАВОВИЙ РЕЖИМ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Воєнний стан в Україні, як особливий правовий режим, вводиться в разі збройної агресії чи загрози нападу, що дозволяє органам влади отримувати додаткові повноваження для ефективної відсічі та забезпечення національної безпеки, при цьому з можливістю тимчасових обмежень конституційних прав і свобод людини. Цей режим, передбачений законодавством, не є статичним, а адаптується до реальних обставин, забезпечуючи баланс між необхідністю оборони та збереженням основних прав громадян, з чітко визначеним строком дії, який може бути продовжений лише за рішенням Верховної Ради. У контексті охорони здоров'я це означає, що система продовжує функціонувати, але з урахуванням воєнних реалій, де пріоритетом стає оперативне реагування на кризи, такі як масові поранення чи епідемії.

Право на охорону здоров'я, закріплене в статті 49 Конституції України, гарантується державою в будь-яких умовах, що робить його фундаментальним принципом, підкріпленим судовою практикою та міжнародними стандартами, такими як Європейська конвенція з прав людини, які Україна ратифікувала. Таким чином, навіть у період війни громадяни можуть розраховувати на медичну допомогу, що робить систему охорони здоров'я стійкою до зовнішніх викликів, дозволяючи їй адаптуватися без втрати базових функцій.

Функціонування системи охорони здоров'я в цих умовах характеризується тимчасовим характером і комплексним підходом, де адміністративно-правові заходи спрямовані на збереження кадрового потенціалу, інфраструктури та доступу до медичних послуг для всіх верств населення. Наприклад, це включає швидке перерозподіл ресурсів, як-от медикаментів чи обладнання, щоб уникнути дефіциту в регіонах, близьких до лінії фронту. Такий підхід поєднує охоронні функції, спрямовані на захист від воєнних ризиків, з регулятивними, де переважає імперативний метод, тобто обов'язкові норми для медичних закладів і провайдерів послуг, що допомагає підтримувати стабільність у хаотичних умовах [1, с. 125].

Правовий режим включає спрощення бюрократичних процедур, особливо в сфері закупівель ліків та медичного обладнання, що дозволяє оперативно реагувати на потреби, викликані війною, такі як лікування поранених чи профілактика інфекцій. Це не просто полегшення, а необхідна адаптація, адже в мирний час процедури можуть бути більш тривалими, але під час конфлікту швидкість рятує життя. Зокрема, Постанова Кабінету Міністрів України № 583 від 10 травня 2022 року ввела тимчасові зміни, які підвищують ефективність системи в умовах обмежених ресурсів, дозволяючи уникнути затримок у постачанні [2].

Держава гарантує безоплатну допомогу за епідемічними показаннями та в державних і комунальних закладах, що є ключовим для збереження громадського здоров'я. Це означає, що навіть у воєнний час не можна ігнорувати базові потреби, як-от вакцинацію чи лікування хронічних захворювань. Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у статті 49 підкреслює пріоритетність цієї сфери, що робить систему більш гуманною та орієнтованою на людину [3].

Цифровізація електронної системи охорони здоров'я (eHealth) стала ключовим елементом режиму, дозволяючи в реальному часі відстежувати надання послуг, електронні рецепти та медичні записи, що особливо корисно для оптимізації ресурсів у воєнний період. Уявіть, як це полегшує роботу лікарів у віддалених районах, де паперові документи можуть бути втрачені. Постанова Кабінету Міністрів України № 351 від 23 березня 2022 року впроваджує електронні медичні записи для евакуйованих осіб, що

забезпечує безперервність лікування навіть при переміщеннях через фронтові зони [4].

Мобільні медичні команди та польові госпіталі виступають основним механізмом забезпечення допомоги в умовах воєнного стану, дозволяючи надавати послуги безпосередньо в фронтових та деокупованих районах, де стаціонарні заклади можуть бути недоступними. Це не тільки практично, але й рятує життя в ситуаціях, коли час на транспортування критичний. Постанова Кабінету Міністрів України № 586 від 9 червня 2023 року створила спеціалізовані команди, які вже охопили понад 1,5 мільйона осіб, ефективно компенсуючи руйнування медичної інфраструктури [5].

Міжнародно-правові зобов'язання України впливають на функціонування системи, оскільки Женевські конвенції вимагають захисту медичних об'єктів, персоналу та пацієнтів під час збройного конфлікту, що робить атаки на них воєнними злочинами. Україна, як учасниця цих конвенцій, інтегрує ці норми в національне законодавство. Внесення змін до нормативних актів з 2022 року враховує стандарти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), забезпечуючи канали для міжнародної допомоги.

Евакуація населення та пацієнтів дозволяється лише за реальної загрози життю, з чітким переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів, щоб уникнути хаосу та забезпечити організований процес. Це балансує між безпекою та правом на вибір місця проживання чи лікування. Стаття 8 Закону «Про правовий режим воєнного стану» (пункт 29) регулює евакуацію, роблячи її інструментом захисту [6].

Торгівля медичними товарами регулюється з урахуванням воєнних умов, де забороняється продаж зброї, хімікатів та алкоголю, з спеціальними правилами для наркотичних ліків, щоб запобігти зловживанням у хаотичних умовах. Це тимчасово, але ефективно. Стаття 8 Закону встановлює ці обмеження, не блокуючи доступ до необхідних медикаментів для лікування, що підтримує баланс [6].

Інфраструктурні виклики системи охорони здоров'я є критичними, оскільки до 2023 року понад 700 закладів були пошкоджені, що призвело до роботи на 30% потужності в фронтових регіонах, вимагаючи централізованих поставок для компенсації втрат.

Це підкреслює необхідність відновлення. Постанова Кабінету Міністрів України № 583 від 10 травня 2022 року організовує такі поставки, спираючись на міжнародну допомогу для швидкого відновлення [2].

Телемедицина як інструмент реалізації режиму значно підвищує доступність послуг, вводячи спеціальні умови для консультацій у фронтових зонах, що компенсує кадровий дефіцит на 20–60% у уражених районах. Це сучасний спосіб адаптації. Інтеграція в eHealth робить її ефективною для віддаленого лікування.

Обмеження прав юридичних осіб у сфері охорони здоров'я дозволяються лише в обсязі, необхідному для воєнного стану, включаючи реквізицію майна для державних потреб, з обов'язковою компенсацією після скасування режиму. Це тимчасово, але справедливо. Указ Президента № 64 від 24 лютого 2022 року регулює такі обмеження, балансує інтереси [7].

Міжнародна допомога виступає механізмом подолання викликів, де ВООЗ надала понад 100 мільйонів доларів на медичні поставки в 2023 році, фокусуючись на інфекційних захворюваннях і централізованому розподілі. Це посилює стійкість системи. Державний моніторинг забезпечує ефективний розподіл у заблокованих регіонах.

Загальна спрямованість режиму на безпеку населення вимагає, щоб заходи були пропорційними загрозі та з чітким строком, що запобігає зловживанням і акцентує на евакуації та нормованому постачанні для збереження здоров'я. Це робить режим не тільки ефективним, але й гуманним.

Список використаних джерел

1. Управління закладами охорони здоров'я : монографія / В. І. Борщ. — Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2020. — 392 с.
2. Деякі питання закупівлі лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них на період воєнного стану: постанова КМУ від 10 травня 2022 р. № 583. *Офіційний портал Верховної ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/583-2022-%D0%BF> — Text (дата звернення: 28.03.2026)
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. *Офіційний портал Верховної ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12-n3> (дата звернення: 28.03.2026)

4. Деякі питання забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану: постанова КМУ від 23 березня 2022 р. № 351. *Офіційний портал Верховної ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/351-2022-%D0%BF> — Text (дата звернення: 28.03.2026)

5. Деякі питання виконання функцій медицини катастроф: постанова КМУ від 9 червня 2023 року № 586. *Офіційний портал Верховної ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-2023-%D0%BF> — Text (дата звернення: 28.03.2026)

6. Про правовий режим воєнного стану: Закон України від 12.05.2015 № 389-VII. *Офіційний портал Верховної ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19> — Text (дата звернення: 28.03.2026)

7. Про введення воєнного стану в Україні: Указ Президента України від 24 лютого 2022 року № 64. *Офіційний портал Верховної ради України*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/64/2022> — Text (дата звернення: 28.03.2026)

Вихор Ярослав Сергійович,
здобувач вищої освіти юридичного факультету
Національного університету
біоресурсів і природокористування України
(м. Київ, Україна)
Науковий керівник:

Калмикова Олена Вікторівна
кандидатка юридичних наук, професорка,
професорка кафедри адміністративного та фінансового права
Національного університету біоресурсів і
природокористування України
(м. Київ, Україна)

ПРАВОВІ ГАРАНТІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ (ПТСР)

Посттравматичний стресовий розлад є тяжким психічним станом, який розвивається після переживання або свідчення надзвичайно травматичних подій, таких як бойові дії, насильство, катастрофи чи важкі втрати. Основні симптоми включають сподади, постійну тривогу, уникання нагадувань про травму, порушення сну, емоційну відстороненість та інші прояви, що суттєво погіршують якість життя людини.

В Україні правові гарантії лікування ПТСР закріплені у Законі України «Про психіатричну допомогу». Саме цей закон гарантує доступність, добровільність, безоплатність психіатричної допомоги в державних і комунальних закладах, захист прав пацієнтів, конфіденційність та заборону дискримінації за психічним станом [1].

Повномасштабна війна спричинила масштабну психологічну травму в Україні. За різними оцінками, значна частина населення має симптоми психологічної травматизації, а близько чверті населення перебуває у стані, сумісному з ПТСР або високим ризиком його розвитку [7].

Кількість офіційно діагностованих випадків ПТСР у системі охорони здоров'я зросла майже в 9 разів порівняно з 2021 роком (з 3167 до понад 27 500 станом на середину 2024 року, з подальшим зростанням у 2025-му). Серед військових та ветеранів поширеність значно вища — у деяких дослідженнях сягає 20–67% [8].

Станом на вересень 2025 року в Україні понад 1,3 млн осіб мають статус учасника бойових дій. Після війни їхня кількість може сягнути кількох мільйонів. Прогнозується, що психологічної допомоги різного рівня потребуватимуть до 15 млн українців (військові, ветерани, цивільні, діти, літні люди) [2].

Держава реагує через Програму медичних гарантій, розширення безоплатних послуг для ветеранів, скринінг, психотерапію та стаціонарне лікування, а також уніфікований клінічний протокол (наказ МОЗ № 1265 від 2024 року). Однак ефективність цих заходів залежить від доступності послуг, підготовки фахівців і подолання бар'єрів [3].

Розглянемо приклад з судової практики — 17 грудня 2024 року суд задовольнив клопотання справи (Справа №359/7386/24) захисту і призначив обвинуваченій ОСОБА_4 амбулаторну судово-психіатричну експертизу в кримінальному провадженні щодо ДТП. Підставою стало значне погіршення її психічного стану після загибелі єдиної доньки внаслідок бойових дій, наявність суїцидальних думок і тривалого стресу. Незадовго до цього обвинувачена проходила стаціонарне лікування з діагнозом депресивно-інсомнітичний синдром та розлад адаптації.

Суд доручив проведення експертизи фахівцям ДУ «Інститут судової психіатрії МОЗ України» і поставив перед експертами питання про наявність у обвинуваченої посттравматичного стресового розладу на момент вчинення діяння та на теперішній час, про можливий вплив ПТСР на її свідомість і здатність керувати своїми діями, а також про необхідність застосування примусових заходів медичного характеру.

Цей випадок є наочним прикладом практичної реалізації правових гарантій на проведення судово-психіатричної експертизи та забезпечення лікування ПТСР у межах кримінального процесу, особливо коли психічна травма пов'язана з наслідками війни [4].

Ще одним прикладом правових гарантій лікування ПТСР стала справа (№ 308/16936/25) прикордонника, розглянута 28 листопада 2025 року в Ужгородському міськрайонному суді.

Військовослужбовець заснув на бойовому посту біля села Оноківці під час несення служби в умовах особливого періоду. Його дії кваліфікували за ч. 2 ст. 172–18 КУпАП.

У суді він пояснив, що порушення сталося несвідомо через посттравматичний стресовий розлад, і надав медичні документи. Суд врахував ці документи, особу порушника та пом'якшувальні обставини, дослідивши можливість визнати діяння малозначним [5].

Тож, ця справа показує, що українське законодавство дозволяє враховувати діагноз ПТСР навіть при розгляді порушень військової дисципліни.

Щоб зменшити кількість випадків посттравматичного стресового розладу, потрібно поєднувати соціальну підтримку, раннє виявлення сильних симптомів та своєчасну травмофокусовану психотерапію. Соціальна підтримка є одним із найпотужніших захисних факторів. Люди, які після травми відчують емоційну та практичну допомогу від близьких і спільноти, значно рідше розвивають хронічний ПТСР, тоді як ізоляція та байдужість, навпаки, суттєво підвищують ризик.

Важливо також вчасно помічати, коли нормальні реакції на стрес стають інтенсивними та заважають повсякденному життю. У таких випадках застосовується психологічна перша допомога та спокійне спостереження за станом людини.

Найефективнішим методом профілактики залишається раннє проведення спеціалізованої психотерапії. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, EMDR та пролонгована експозиційна терапія, застосовані протягом перших одного–трьох місяців після травми, значно знижують ймовірність розвитку хронічного ПТСР [6].

У підсумку, швидка соціальна підтримка в поєднанні зі своєчасною професійною допомогою є найкращим способом запобігти переходу гострого стресу в тривалий психічний розлад.

Список використаних джерел

1. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 року № 1489-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14> (дата звернення: 28.03.2026).

2. ПТСР лікується: до кого звернутися по допомогу : офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ptsr-likuetsya-do-kogo-zvernutisya-po-dopomogu> (дата звернення: 28.03.2026).

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2024 року № 1265 «Про затвердження уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації». URL: <https://surl.li/fdgnfp> (дата звернення: 28.03.2026)

4. Ухвала Бориспільський міськрайонний суд Київської області у справі №359/7386/24 від 17.12.2024. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/125319164> (дата звернення: 28.03.2026).

5. Постанова Ужгородського міськрайонного суду Закарпатської області від 28.11.2025 у справі № 308/16936/25 за ч. 2 ст. 172–18 КУпАП. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/132613508> (дата звернення: 28.03.2026).

6. How EMDR Can Help People Overcome Trauma / The Summit Counseling Center. URL: <https://summitcounseling.org/how-emdr-can-help-people-overcome-trauma/> (дата звернення: 28.03.2026).

7. Більше половини українців перебувають у зоні ризику розвитку ПТСР — МОЗ // The Village Україна. — 2022. — 15 верес. — URL: <https://www.village.com.ua/village/life/edu-news/330541-bilshe-polovini-ukrayintsiv-perebuvayut-v-zoni-riziku-rozvitku-ptsr-moz> (дата звернення: 04.04.2026).

8. ПТСР у цивільних і військових: хто найбільш вразливий, які наслідки та шляхи подолання // ОБОЗ.UA. — 2025. — 24 квіт. — URL: <https://www.obozrevatel.com/ukr/novosti-obschestvo/ptsr-u-tsvilnih-i-vijskovih-statistika-naslidki-ta-shlyahi-podolannya.htm> (дата звернення: 04.04.2026).

Говорушак Євгенія Дмитрівна
здобувачка вищої освіти юридичного факультету
Національного університету біоресурсів і
природокористування України
(м. Київ, Україна)
Науковий керівник:

Стасюк Надія Андріївна
PhD зі спеціальності 081 «Право», доцентка
кафедри адміністративного та фінансового права
Національного університету біоресурсів і
природокористування України
(м. Київ, Україна)

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРОТЕЗУВАННЯ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТЕХНІЧНИМИ ЗАСОБАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

В умовах сьогодення, коли через війну, в Україні зросла кількість осіб, які потребують забезпечення допоміжними засобами реабілітації. Важливо, щоб система забезпечення протезами була ефективною, задовольняла потреби особи та була спрямована на реінтеграцію пацієнта в суспільство. Дане забезпечення відноситься до державної соціальної політики, спрямованої на відновлення здоров'я, функціональної спроможності та соціальної інтеграції військовослужбовців.

Нормативно-правове регулювання цієї сфери базується насамперед на положеннях Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», який визначає поняття допоміжними засобами реабілітації (далі — ДЗР) — як будь-який зовнішній продукт (включаючи пристрої, обладнання, прилади чи програмне забезпечення), спеціально вироблений або загальнодоступний, основною метою якого є підтримка або поліпшення функціонування організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності особи і таким чином сприяння її добробуту [1]. У контексті військовослужбовців це набуває особливої ваги, оскільки більшість із них є особами працездатного віку, для яких відновлення рухових функцій і можливості самообслуговування має критичне значення для подальшої соціальної та професійної реалізації.

Чинна система забезпечення засобами реабілітації (в тому числі, протезами кінцівок) регулюється постановою Кабінету Міністрів України № 321 від 5 квітня 2012 р., яка встановлює механізм безоплатного забезпечення ДЗР для військовослужбовців та інших категорій осіб, виплати грошової компенсації за самостійно придбані такі засоби, а також безготівкового відшкодування коштів суб'єктам господарювання за їх виготовлення чи ремонт [2].

Відповідно до Порядку, процес отримання протезу або іншого ДЗР включає певні етапи. На етапі первинного лікування після ампутації пацієнту рекомендується інформувати медичний персонал про плани подальшого протезування. Далі встановлюється медична потреба у засобі реабілітації шляхом оформлення відповідного висновку військово-лікарською комісією, лікарсько-консультативною комісією або ЕКОПФО. Після цього особа подає заяву про забезпечення ДЗР (або компенсацію за самостійне придбання) разом із необхідними документами до відповідного органу соціального захисту населення. За умови позитивного рішення Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю формує електронне направлення, на підставі якого заявник звертається до суб'єкта господарювання (протезно-ортопедичного підприємства), де здійснюється виготовлення ДЗР. Засіб надається безоплатно за державні кошти або з виплатою грошової компенсації в межах граничної ціни [2].

Особливістю правового регулювання є те, що держава гарантує військовослужбовцям безоплатне та позачергове забезпечення технічними засобами реабілітації незалежно від факту встановлення інвалідності, що свідчить про відхід від формального підходу до надання соціальних гарантій і орієнтацію на реальні потреби постраждалих осіб.

Важливо, що в особи є можливість вибору підприємства-виробника протезу та навіть його зміни на початковому етапі, що сприяє підвищенню якості надання послуг і врахуванню індивідуальних потреб пацієнта. На сьогодні в Україні працює понад 80 постачальників послуг з протезування-ортезування [3].

Окрему увагу законодавство приділяє фінансовому забезпеченню протезування. Держава встановлює граничні ціни на технічні засоби реабілітації, які покриваються за бюджетні кошти, причому для військовослужбовців ці граничні суми можуть бути

збільшені, що дозволяє забезпечити їх більш сучасними та функціональними протезами. У випадку, якщо вартість виробу перевищує встановлений ліміт, передбачена можливість доплати з інших джерел, що забезпечує гнучкість системи та доступ до інноваційних технологій.

Додатковим елементом правового регулювання є постанова Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 року № 518, яка встановлює порядок забезпечення осіб виробами підвищеної функціональності, зокрема протезами, виготовленими за новітніми технологіями або за кордоном. Вона передбачає можливість отримання значної грошової допомоги на протезування, що може досягати суттєвих сум, а також визначає періодичність такого забезпечення [4].

Після отримання протезу військовослужбовець має право на гарантійний ремонт, належне інформування щодо правил користування виробом, а також можливість відмови від нього у разі невідповідності встановленим вимогам.

У процесі забезпечення технічними засобами реабілітації беруть участь органи соціального захисту населення, заклади охорони здоров'я, військово-лікарські комісії, а також спеціалізовані підприємства. Така система дозволяє комплексно підходити до вирішення проблеми відновлення здоров'я військовослужбовців, однак водночас потребує чіткої координації та удосконалення для уникнення бюрократичних перепон.

З огляду на сучасні виклики, пов'язані з повномасштабною збройною агресією проти України, питання протезування та забезпечення технічними засобами реабілітації набуває особливої актуальності. Держава поступово вдосконалює нормативно-правову базу, розширює фінансування та впроваджує нові програми, що свідчить про прагнення забезпечити належний рівень соціального захисту військовослужбовців.

Разом із тим існують певні проблеми правового характеру, серед яких можна виділити складність процедур оформлення, недостатню поінформованість військовослужбовців щодо їхніх прав, а також необхідність подальшого розвитку системи контролю якості послуг. Вирішення цих питань потребує як удосконалення законодавства, так і підвищення ефективності його реалізації на практиці.

Правові аспекти протезування та забезпечення технічними засобами реабілітації військовослужбовців в Україні характеризуються комплексністю, соціальною спрямованістю. Законодавство гарантує військовим право на безоплатне та якісне забезпечення необхідними засобами, створює механізми фінансування та контролю, а також передбачає можливість використання сучасних технологій для максимально ефективного відновлення функціональних можливостей особи. Разом з тим подальше вдосконалення правового регулювання має бути спрямоване на спрощення процедур та підвищення доступності послуг.

Список використаних джерел

1. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2961-15> (дата звернення: 28.03.2026).

2. Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, їх переліку: Постанова КМУ від 5 квітня 2012 № 312. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF#Text> (дата звернення: 28.03.2026).

3. ProtezHub: незалежна інформаційно-освітня платформа з протезування та ортезування. URL: <https://tro.mil.gov.ua/novyny/> (дата звернення: 28.03.2026).

4. Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом окремих категорій осіб, які втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок: Постанова КИУ від 1 жовтня 2014 року № 518. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/518-2014-%D0%BF#Text> (дата звернення: 29.03.2026).

Єрмольєва Каріна Артурівна,
*аспірантка кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)
Науковий керівник:*

Мацелюх Іванна Андріївна,
*докторка юридичних наук, професорка,
професорка кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)*

ПОРІВНЯЛЬНО-ПРАВОВИЙ АНАЛІЗ РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ В УКРАЇНІ ТА ПОЛЬЩІ: ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА

Процес європейської інтеграції України, що інтенсифікувався після отримання статусу кандидата в члени Європейського Союзу, вимагає перегляду підходів до публічного управління в медичній сфері. В умовах воєнного стану, що супроводжується руйнуванням медичної інфраструктури та масовою міграцією населення, питання забезпечення функціонування системи охорони здоров'я набуває важливого значення. Одним із ключових елементів державної політики у сфері громадського здоров'я є організація та проведення профілактичних щеплень, що виступає важливим інструментом забезпечення епідеміологічної безпеки та реалізація права на охорону здоров'я. На нашу думку, досвід Республіки Польща є релевантним для України через схожість епідеміологічних викликів, спільний кордон та інтенсивну взаємодію медичних систем обох країн протягом 2022–2026 років.

Правове регулювання профілактичних щеплень в Україні здійснюються на основі Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» та Закону України «Про систему

громадського здоров'я», відповідно до положень яких профілактичні щеплення є обов'язковими для певних категорій населення. Крім того, важливе значення має підзаконне регулювання, зокрема накази Міністерства охорони здоров'я України, якими затверджується порядок проведення профілактичних щеплень в Україні, календар профілактичних щеплень тощо.

У Республіці Польща правове регулювання організації та проведення профілактичних щеплень ґрунтується на положеннях Закону «Про запобігання та боротьбу з інфекційними захворюваннями» від 05 грудня 2008 року. Згідно із частиною першою статті 5 вказаного Закону особи, зобов'язані проходити обов'язкові профілактичні щеплення [1]. Ключова відмінність польського законодавства від законодавства України полягає в деталізації процедур примусу. Особливістю польської моделі є наявність чітко визначеного механізму примусового виконання цього обов'язку, зокрема у разі ухилення особи від проведення обов'язкових щеплень може застосуватися штраф, який накладається неодноразово до виконання обов'язку. Максимальний розмір одного штрафу для фізичних осіб становить 10 000 злотих, а загальна сума може досягати 50 000 злотих [2].

Крім того, відповідно до польського законодавства невиконання обов'язків у сфері інформування про профілактичні щеплення або їх проведення також може передбачати притягнення до адміністративної відповідальності. Зокрема передбачено накладання штрафів за порушення обов'язків щодо повідомлення про необхідність щеплення або реєстрації медичних даних [3]. Особливої уваги у даному аспекті заслуговує практика конституційного контролю у сфері вакцинації. Так, Конституційний трибунал Польщі у рішенні від 09 травня 2023 року у справі SK 81/19 визнав окремі положення, що стосуються визначення календаря профілактичних щеплень через інформаційні листи, такими, що не відповідають Конституції, наголосивши на необхідності належного нормативного рівня регулювання відповідних питань [4].

У Польщі функціонує Фонд компенсацій за захисні щеплення, що був створений у 2022 році [5]. Цей Фонд забезпечує швидку виплату компенсацій у разі виникнення побічних ефектів. Кошти виплачуються на основі адміністративного рішення за спрощеною

процедурою, що значно підвищує правову захищеність пацієнта та рівень його довіри до системи охорони здоров'я. Це відповідає європейському принципу солідарності в охороні здоров'я, де ризики, пов'язані з суспільно корисною дією (вакцинацією), бере на себе держава. Наявність такого фінансово-правового гаранта значно підвищує рівень довіри населення до державної політики імунізації.

Значну роль у забезпеченні реалізації державної політики у сфері вакцинації відіграють цифрові інструменти. В Україні створена та функціонує електронна система охорони здоров'я eHealth, що забезпечує ведення електронних медичних записів, у тому числі щодо проведених профілактичних щеплень. Крім того, інтеграція медичних даних у застосунку «Дія» дозволяє громадянам отримувати доступ до інформації про вакцинацію. Разом із цим, у період дії воєнного стану ефективність відповідних електронних систем залежить від стабільності цифрової інфраструктури, в окремих регіонах є або може бути обмеженою. Цифрова складова системи охорони здоров'я Польщі також є важливим елементом забезпечення ефективності імунопрофілактики. Функціонування системи E-Zdrowie (P1), частиною якої є Електронна карта щеплень забезпечує централізований облік медичних даних, включаючи інформацію про щеплення, а також інтеграцію електронних рецептів і направлень [6]. Дана система дозволяє автоматично ідентифікувати осіб, що пропустили профілактичні щеплення, надсилати цифрові сповіщення та генерувати звітність для польських санітарно-епідеміологічних станцій. Додатково система Internetowe Konto Pacjenta дозволяє громадянам отримувати доступ до власних медичних даних, що підвищує прозорість та контроль за дотриманням календаря щеплень. Водночас актуальною проблемою залишається «цифровий розрив» при перетині кордону [7]. Для реалізації євроінтеграційних напрямів необхідне впровадження міжнародного стандарту обміну медичними даними — HL7 FHIR, задля обміну даними про вакцинацію між українською та польською системами.

Отже, проведений порівняльно-правовий аналіз законодавства України та Польщі в сфері організації та проведення профілактичних щеплень дозволяє виокремити декілька ключових аспектів. Польська модель характеризується ефективним механізмом примусового виконання обов'язку, який реалізується через

адміністративні процедури та фінансові санкції. В Україні, незважаючи на наявність правових підстав, такі механізми є менш ефективними та застосовуються нерегулярно. Крім того, вважаємо, що на основі польського досвіду доцільно імплементувати в законодавство України позасудовий правовий механізм через створення Державного фонду компенсацій, що дозволить зняти соціальну напругу та мінімізувати кількість позовів проти медичних закладів. На нашу думку, використання польського досвіду дозволить створити збалансовану систему, де право держави на захист населення від епідемій підкріплене цифровою прозорістю та фінансовими гарантіями для громадянина, що, у свою чергу, забезпечить стійкість системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та її швидку інтеграцію в європейський правовий простір.

Список використаних джерел

1. Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r. Dz. U. 2008 Nr 234, poz. 1570. *Strona główna Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej*. URL: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20082341570> (дата звернення: 27.03.2026).
2. Augustynowicz A. et al. Vaccination coverage and mandatory immunization in Poland: *Vaccines (Basel)*. 2022. Vol. 10, Iss. 5. Art. 785. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9146574/> (дата звернення: 27.03.2026).
3. Kodeks wykroczeń : Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Dz. U. 1971 Nr 12, poz. 114 (z późn. zm.). Art. 115: Niepoddanie się obowiązkowi szczepienia lub badania. URL: <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/kodeks-wykroczen-16788218/art-115> (дата звернення: 27.03.2026).
4. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 maja 2023 r. sygn. akt SK 48/19: Obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym. *Dziennik Ustaw*. 2023 poz. 945. URL: <https://trybunal.gov.pl/postepowanie-i-orzeczenia/wyroki/art/12254-obowiazek-poddawania-sie-szczepieniom-ochronnym> (дата звернення: 27.03.2026).
5. Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych rozszerzył swój zakres. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta. URL: <https://www.gov.pl/web/rpp/fundusz-kompensacyjny-szczepien-ochronnych-rozszerzyl-swoj-zakres> (дата звернення: 27.03.2026).
6. Centrum e-Zdrowia (CeZ): portal oficjalny. URL: <https://ezdrowie.gov.pl/> (дата звернення: 27.03.2026).
7. Internetowe Konto Pacjenta (IKP): portal informacyjny. *Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia*. URL: <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta> (дата звернення: 27.03.2026).

Ищенко Олена Олександрівна
здобувачка вищої освіти факультету адвокатури
Національного юридичного університету
імені Ярослава Мудрого
(м. Харків, Україна)
Науковий керівник:

Ігнатченко Ірина Георгіївна
кандидатка юридичних наук, доцентка кафедри
адміністративного права Національного юридичного
університету імені Ярослава Мудрого
(м. Харків, Україна)

ПРАВА ПАЦІЄНТІВ ТА ПРАВОВІ ОСНОВИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Реформування системи охорони здоров'я в Україні зумовлює необхідність переосмислення правового статусу пацієнта як центрального суб'єкта медичних правовідносин. Актуальність теми полягає у тому, що права пацієнта мають комплексний характер і регулюються нормами різних галузей права, зокрема цивільного та адміністративного. Метою цих тез є аналіз змісту основних прав пацієнтів та визначення правових механізмів їх реалізації в сучасних умовах законодавчих трансформацій.

В Конституції України, зокрема в ст. 3, зазначено, що життя та здоров'я людини — це найвища соціальна цінність. Згідно зі ст. 49 Конституції України, кожен громадянин має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава зобов'язана створювати умови для ефективного та доступного медичного обслуговування. Також в ст. 46 Основного Закону визначено, що кожна людина має право на соціальний захист [1]. Сфера охорони здоров'я регулюється також цивільним та адміністративним законодавствами. Так, в Цивільному кодексі України, зокрема в ст. 283–287 пацієнт виступає як договірна сторона та споживач [2], а в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в ч. 7 ст. 3, визначено поняття «загальні заклади охорони здоров'я», які надають медичну та реабілітаційну допомогу населенню, тобто виступають як надавачі послуг [3]. Варто зазначити, що держава приймає безпосередню участь у ор-

ганізації та забезпеченні реалізації прав пацієнта, і в цьому проявляється адміністративний аспект сфери охорони здоров'я.

Захист людської гідності є фундаментальною засадою медичного права. Людська гідність виступає центральним вектором правового регулювання у сфері охорони здоров'я, визначаючи статус пацієнта не як об'єкта медичного втручання, а як рівноправного суб'єкта правовідносин [4].

На міжнародному рівні захист гідності закріплений у Загальній декларації про біоетику та права людини 2005 року, де у статті 3 наголошується на обов'язку повної поваги до фундаментальних свобод особи [5]. Лісабонська декларація про права пацієнта у статті 10 конкретизує цей обов'язок, вимагаючи поваги до культурних і моральних цінностей пацієнта, а також недоторканності його приватного життя [4]. Ключовим актом є також Конвенція про права людини та біомедицину (Ов'єдо, 1997), яка проголошує пріоритет інтересів і благополуччя окремої людини над інтересами науки чи суспільства [6].

В Україні право на гідність ґрунтується на статтях 3 та 28 Конституції України, які забороняють катування, жорстоке або таке, що принижує гідність, поводження [1]. У цивільно-правовому аспекті це право деталізується у статті 297 Цивільного кодексу України [2]. Важливим інструментом інтерпретації цієї норми є практика Європейського суду з прав людини. Зокрема, у справі «Невмержицький проти України» 2005 року Суд визнав, що надання невідповідної медичної допомоги або примусове лікування без належних підстав може бути прирівняне до нелюдського поводження, що порушує статтю 3 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод [7].

Гідність пацієнта не існує ізольовано, а проявляється через низку взаємопов'язаних прав. Право на інформовану згоду, закріплене у статті 284 Цивільного кодексу України, означає, що повага до гідності виключає будь-яке медичне втручання без вільної та усвідомленої згоди особи. Право на таємницю про стан здоров'я, передбачене статтею 286 Цивільного кодексу України, є проявом поваги до приватної сфери та гідності особи через збереження конфіденційності медичних даних [2]. Право на свободу вибору, закріплене у статті 38 Основ законодавства України про охорону

здоров'я, дозволяє самостійно обирати лікаря та методи лікування і є практичною реалізацією індивідуальної автономії як складника людської гідності [3].

Право на доступ до медичної допомоги є складним багатогранним інститутом, який охоплює фізичну, економічну та інформаційну доступність медичних послуг належної якості [4].

На міжнародному рівні принцип соціальної відповідальності та доступу до медицини закріплений у статті 14 Загальної декларації про біоетику та права людини 2005 року, де здоров'я визнається соціальним і людським благом [5]. Конвенція про права людини та біомедицину у статті 3 зобов'язує держави забезпечувати рівноправний доступ до медичних послуг відповідної якості, виходячи з медичних потреб пацієнта [7]. Європейська хартія прав пацієнтів у статтях 2 та 8 акцентує увагу на тому, що доступність має бути гарантована без будь-якої дискримінації щодо фінансового становища, місця проживання чи виду захворювання, при цьому доступність нерозривно пов'язана з дотриманням стандартів якості та безпеки [8].

В Україні фундаментом цього права є стаття 49 Конституції України, яка декларує право кожного на охорону здоров'я та обов'язок держави створювати умови для ефективного і доступного медичного обслуговування [1]. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у статті 6 гарантує правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я [3]. Відповідно до Наказу МОЗ № 752 держава здійснює контроль за якістю послуг через механізми ліцензування закладів та атестації медичного персоналу, що є адміністративною гарантією реалізації права на доступ до якісної допомоги [9].

Ключовими складовими права на доступ є економічна доступність, яка реалізується через державні програми медичних гарантій, що забезпечують надання певного обсягу послуг безоплатно; територіальна доступність, яка передбачає можливість отримання допомоги незалежно від місця реєстрації пацієнта, що підтверджено Наказом МОЗ № 503 щодо вільного вибору лікаря первинної медичної допомоги [10].

Право на доступ до медичних послуг в Україні кореспондує міжнародним нормам, проте потребує подальшої деталізації на

законодавчому рівні, зокрема в частині конкретизації принципів доступності життєво необхідних ліків та послуг для вразливих верств населення. Поєднання адміністративних механізмів, таких як державне фінансування і ліцензування, та цивільно-правових засад, зокрема права на вибір лікаря, створює умови для фактичної реалізації цього права. В Україні варто було б більше уваги приділити саме фінансовій доступності ліків, як це прописано в Європейській хартії прав пацієнтів, оскільки наше законодавство в цьому плані ще занадто загальне.

Отже, захист прав пацієнта в Україні ґрунтується на принципах людської гідності, доступності та якості медичної допомоги, що закріплені як у Конституції України, так і в міжнародних документах. Ці права реалізуються через взаємодію цивільно-правових та адміністративних механізмів, проте потребують подальшого законодавчого вдосконалення, особливо в частині фінансової доступності ліків. У результаті реформування системи охорони здоров'я пацієнт має стати не об'єктом, а повноправним і активним суб'єктом медичних правовідносин, гідність якого надійно захищена державою. Особливої актуальності це набуває в контексті цифровізації медицини (система eHealth), що створює нові виклики для захисту медичної таємниці як складника людської гідності.

Список використаних джерел

1. Конституція України : Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр> (дата звернення: 09.04.2026).
2. Цивільний кодекс України : Закон від 16.01.2003 № 435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15> (дата звернення: 09.04.2026).
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 09.04.2026).
4. Блащук Т. В., Шелестюк Ю. С. Охорона прав пацієнтів в Україні та Європейському Союзі. *Public Health Journal*. 2022. Вип. 2. С. 13–21. URL: <https://journals.ostroh-academy.rv.ua/index.php/publichealth/article/view/10/9>
5. Загальна декларація про біоетику та права людини : Декларація ЮНЕСКО від 19.10.2005. URL: <https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights> (дата звернення: 09.04.2026).
6. Конвенція про захист прав і гідності людини у зв'язку з застосуванням досягнень біології та медицини: Конвенція про права людини та біо-

медицину від 04.04.1997. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334 (дата звернення: 09.04.2026).

7. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод : Міжнародний документ від 04.11.1950. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004 (дата звернення: 09.04.2026).

8. Європейська хартія прав пацієнтів : прийнята в Римі в листопаді 2002 р. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/hartia.pdf> (дата звернення: 09.04.2026).

9. Про порядок контролю якості медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12> (дата звернення: 09.04.2026).

10. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18> (дата звернення: 09.04.2026).

Киюк Каріна Олександрівна,
здобувачка вищої освіти
Навчально-наукового юридичного інституту
Карпатського національного університету імені
Василя Стефаника (м. Івано-Франківськ, Україна)
Науковий керівник:

Волошинович Володимир Мирославович,
кандидат медичних наук, доцент кафедри судової медицини,
медичного та фармацевтичного права
Івано-Франківського національного медичного університету,
доцент кафедри політики у сфері боротьби зі злочинністю
та кримінального права навчально-наукового
юридичного інституту Карпатського
національного університету імені Василя Стефаника
(м. Івано-Франківськ, Україна)

МЕДИЧНИЙ НЕЙТРАЛІТЕТ У СИСТЕМІ МІЖНАРОДНОГО ГУМАНІТАРНОГО ПРАВА

Актуальність дослідження полягає у необхідності переосмислення дієвості норм міжнародного гуманітарного права (МГП) в умовах повномасштабної збройної агресії РФ проти України, де принципи медичного нейтралітету систематично ігноруються однією із сторін конфлікту. Особливої гостроти це питання набуває через цілеспрямовані атаки на медичну інфраструктуру, використання тактики «подвійних ударів» по евакуаційних групах та виклики, з якими стикаються Міжнародний Комітет Червоного Хреста (МКЧХ) і Товариство Червоного Хреста України (ТЧХУ) при виконанні своїх мандатів. Крім того, актуальність зумовлена потребою захисту правового імунітету військових медиків, чий статус «некомбатанта» де-факто нівелюється в умовах сучасної війни, що потребує нових підходів до документування воєнних злочинів та посилення міжнародних гарантій безпеки.

Метою роботи є комплексний теоретико-правовий аналіз концепції медичного нейтралітету в системі МГП, дослідження специфіки діяльності МКЧХ та ТЧХУ в умовах російсько-української війни, а також аналіз правового статусу та рівня захищеності військових лікарів під час виконання професійних обов'язків у зоні бойових дій.

Концепція медичного нейтралітету є одним із фундаментальних досягнень міжнародного гуманітарного права (МГП), що базується на безумовному пріоритеті гуманності над військовою доцільністю. В основі цієї доктрини лежить стаття 19 Першої Женевської конвенції 1949 року, яка безапеляційно встановлює, що стаціонарні установи та рухомі медичні формування за жодних обставин не можуть бути об'єктом нападу [1]. Сторони конфлікту зобов'язані повсякчас оберігати й захищати їх, забезпечуючи недоторканність як персоналу, так і пацієнтів. Проте важливо розуміти, що обов'язок поважати медичний нейтралітет не обмежується лише договірним правом; він закріплений як імперативна норма звичаєвого МГП [2]. Це означає, що захист медичних об'єктів є обов'язковим для всіх учасників конфлікту незалежно від того, чи ратифікували вони конкретні додаткові протоколи, оскільки ці правила відображають загальновизнану практику цивілізованих народів.

Попри такий юридичний фундамент, сучасна практика повномасштабної агресії РФ проти України демонструє системне ігнорування цих імперативів, що межує з повним нігілізмом міжнародного правопорядку. За даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на 1 серпня 2025 року підтверджено пошкодження або повне руйнування 2 419 об'єктів у складі 794 закладів охорони здоров'я. Масштаби вражають: 2 108 об'єктів зазнали часткових пошкоджень, а 311 зруйновані вщент, що фактично позбавляє цілі регіони доступу до базових медичних послуг [3]. Найбільш резонансним актом варварства, що став символом руйнації принципу гуманності, було влучання російської ракети в дитячу лікарню «Охматдит» 8 липня 2024 року [4]. Цей випадок наочно ілюструє, що в сучасній війні медичні установи перестали бути «зонами безпеки», перетворившись на об'єкти свідомого терору.

Однак руйнація фізичної інфраструктури — це лише одна сторона кризи медичного нейтралітету. Юридична складність питання поглиблюється через кризу ідентифікації та функціонального призначення захисних емблем. У МГП існує тонка диференціація між захисною функцією емблеми (великий знак на даху шпиталю) та її індикативною (розпізнавальною) функцією (малий знак на формі медика). В ідеальній моделі ці знаки мають слугувати

«юридичним щитом», який запобігає атакам. Проте в українських реаліях виник болючий правовий парадокс: через те, що агресор використовує емблеми як маркери для наведення артилерії, українські військові медики змушені маскувати червоні хрести на реанімобілях. Відмова від візуальної ідентифікації заради фізичного виживання формально послаблює статус об'єкта за буквою закону, хоча за духом МГП захист надається медичному об'єкту в силу його функції, а не лише наявності знака. Це створює небезпечний прецедент, де «видимість» нейтралітету стає синонімом вразливості.

Цей конфлікт між правом та реальністю стає центральним у діяльності профільних гуманітарних інституцій — МКЧХ та ТЧХУ. Їхні ролі, хоч і об'єднані спільним мандатом, демонструють різні стратегії підтримки нейтралітету. Міжнародний комітет Червоного Хреста (МКЧХ), діючи як «нейтральний посередник», зосереджується на дипломатичному рівні: моніторинг дотримання Женевських конвенцій та боротьба за доступ до військовополонених. Згідно зі статтею 28 Першої Женевської конвенції, затриманий медичний персонал не вважається військовополоненим і повинен використовуватися виключно для надання допомоги своїм товаришам [2]. Систематичні обміни, де значну частку звільнених складають саме медики, є результатом цієї складної дипломатії, хоча обмежений доступ МКЧХ до місць утримання на окупованих територіях свідчить про кризу впливовості міжнародних інституцій.

На протигагу дипломатичному підходу МКЧХ, Товариство Червоного Хреста України (ТЧХУ) реалізує нейтралітет через безпосередню присутність у зоні ризику. Як національне товариство, воно виконує роль помічника державних гуманітарних служб (*auxiliary status*), забезпечуючи евакуацію цивільних та роботу мобільних бригад під вогнем. Різниця в їхніх підходах підкреслює глибоку дилему: якщо для міжнародних структур нейтральність — це правовий інструмент переговорів, то для українських волонтерів — це щоденна етична позиція, яка часто сприймається агресором не як імунітет, а як відсутність військового прикриття.

Найбільш гостро ця етична та правова дилема проявляється в діяльності військових лікарів. Згідно з нормами МГП, вони мають статус некомбатантів, що накладає на них подвійний обов'язок: не брати безпосередньої участі у бойових діях та надавати допо-

могу всім пораненим, включаючи полонених комбатантів противника. Цей «борг лікувати» є найвищим проявом медичного нейтралітету, проте в реаліях війни з РФ він стає джерелом додаткових загроз. Свідома деструкція статусу медика проявляється у тактиці «подвійних ударів» (double tap), коли повторний обстріл здійснюється саме в момент прибуття медичної групи на допомогу. Яскравим прикладом поза межами поля бою став нічний обстріл залізничної інфраструктури 18 березня 2026 р., коли фельдшер швидкої допомоги зазнав травм під час виконання професійних обов'язків внаслідок повторного влучання ракети [5]. Такі дії спрямовані не на досягнення військової переваги, а на деморалізацію як армії, так і цивільного населення.

Варто також звернути увагу на новий вимір порушень медичного нейтралітету в епоху цифрових технологій — кібератаки на медичну інфраструктуру. Злам баз даних пацієнтів, блокування доступу до електронних карток поранених та атаки на сервери лікарень є сучасною формою перешкоджання медичній діяльності, що прямо суперечить обов'язку сторін конфлікту дозволяти надання допомоги.

У підсумку, аналіз поточної ситуації свідчить, що медичний нейтралітет у контексті російсько-української війни перебуває у стані екзистенційної кризи. Умисне спрямування ударів по медичних установах, систематичне вбивство персоналу та переслідування лікарів у полоні є не просто порушеннями, а грубими воєнними злочинами в розумінні Римського статуту Міжнародного кримінального суду. Для подолання цієї кризи необхідно не лише фіксувати злочини для майбутніх трибуналів, а й реформувати систему міжнародного реагування. Світ повинен визнати, що без реального механізму примусу до дотримання медичного нейтралітету сама ідея гуманітарного права втрачає свій первинний сенс — захист людяності в умовах збройного конфлікту.

Список використаних джерел

1. International Committee of the Red Cross. Geneva Convention I for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armed Forces in the Field (1949) [Internet]. Geneva: ICRC; 1949. URL: <https://ihl-databases.icrc.org/assets/treaties/365-GC-I-EN.pdf> (дата звернення: 25.03.2026)

2. International Committee of the Red Cross. Customary IHL Database [Internet]. Geneva: International Committee of the Red Cross. URL: <https://ihl-databases.icrc.org/en/customary-ihl/v1> (дата звернення: 25.03.2026)

3. Міністерство охорони здоров'я України. Понад 2400 об'єктів медичної інфраструктури пошкоджені або зруйновані внаслідок повномасштабної війни [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2025. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ponad-2400-ob-yektiv-medichnoyi-infrastrukturi-poshkodzheni-abo-zrujnovani-vnaslidok-povnomasshtabnoyi-vijni> (дата звернення: 25.03.2026)

4. Human Rights Watch. Russia's July 8 Attack on a Children's Hospital in Ukraine [Internet]. 2024. URL: <https://www.hrw.org/news/2024/07/11/russias-july-8-attack-childrens-hospital-ukraine> (дата звернення: 25.03.2026)

5. Суспільне Чернігів. Працівник «швидкої» зазнав травм під час повторного удару росіян по залізничній інфраструктурі у Менській громаді [Інтернет]. 18 бер. 2026. URL: <https://suspilne.media/chernihiv/1267126-pracivnik-svidkoi-zaznav-travm-pid-cas-povtornogo-udaru-rosian-po-zaluznicnij-infras-trukturi-u-menskij-gromadi/> (дата звернення: 25.03.2026)

Лада Вікторія Олександрівна
здобувачка вищої освіти Навчально-наукового
інституту права Київського національного
університету імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)
Науковий керівник:

Щербина Богдан Сергійович,
кандидат юридичних наук, доцент кафедри цивільного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО РЕЖИМУ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ НА ТИМЧАСОВО ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ

Основоположні права і свободи людини та громадянина є загально визнаними та обов'язковими для будь-якої правової держави. Нормативне закріплення на рівні міжнародних конвенцій і конституцій різних держав лише підкреслює важливість і абсолютність прав людини і громадянина.

Перелік прав і свобод людини і громадянина, закріплений у Конституції та іншому законодавстві України, є загально визнаним для будь-якої правової держави. Головною проблемою є належне забезпечення їх реалізації, створення дійових державних механізмів їх захисту. Досягнення цієї мети ускладнюється в тих державах, де соціально-політична і правова системи зазнають істотних трансформацій. Головним об'єктом, на який спрямовані радикальні економічні, політичні, соціальні, духовні перетворення в державі, що зумовлені стратегічним курсом на інтеграцію у європейське та світове демократичне співтовариство, є людина, її інтереси, права та свободи.

Проголошення Конституцією України головним обов'язком держави утвердження й забезпечення прав і свобод людини заклало фундамент побудови такого механізму. Права та свободи людини на тимчасово окупованих територіях України є невід'ємною складовою частиною системи конституційних прав і свобод людини і громадянина. Водночас специфіка їх реалізації на тимчасово

окупованих територіях зумовлює формування особливого правового режиму, що характеризується обмеженою спроможністю держави забезпечувати ефективне здійснення своїх функцій. Це особливо гостро проявляється у сфері охорони здоров'я, де доступ до медичної допомоги є складовою права на життя та гідність людини. У таких умовах медичні заклади набувають подвійного правового статусу: з одного боку, вони залишаються суб'єктами української правової системи, а з іншого — функціонують у фактичному середовищі, що контролюється окупаційною владою.

Правовий режим діяльності медичних закладів на тимчасово окупованих територіях визначається поєднанням норм національного законодавства та міжнародного гуманітарного права. Україна, не визнаючи легітимності окупаційної влади, водночас зберігає юрисдикцію над такими територіями та відповідальність за своїх громадян. Це означає, що держава повинна вживати всіх можливих заходів для забезпечення доступу до медичних послуг, навіть за умов обмеженого контролю. Відповідно до норм міжнародного гуманітарного права обов'язок забезпечення функціонування медичних установ на окупованій території покладається на державу-окупанта, що створює складну модель розподілу відповідальності.

Відповідно до статті 49 Конституції України держава зобов'язана забезпечувати доступність медичної допомоги, що набуває особливої актуальності в умовах збройної агресії [1]. При цьому правовий режим тимчасово окупованих територій визначається спеціальним законодавством, насамперед Законом України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України», який встановлює особливості здійснення господарської діяльності, функціонування органів влади та захисту прав громадян.

Так, відповідно до статті 5 зазначеного Закону Україна вживає всіх необхідних заходів щодо гарантування прав і свобод людини і громадянина, передбачених Конституцією та законами України, а також міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, усім громадянам України, які проживають на тимчасово окупованій території. Основними напрямками захисту прав і свобод цивільного населення на тимчасово окупованих територіях є, зокрема, надання правової та гу-

манітарної допомоги, у тому числі із залученням міжнародної допомоги, зокрема надання медичних та соціальних послуг на контрольованих Україною територіях та забезпечення доступу до закладів освіти та медіа України [2].

Звернімося також до статті 7 Закону «Забезпечення реалізації прав осіб, які проживають на тимчасово окупованій території, на зайнятість, пенсійне забезпечення, загальнообов'язкове державне соціальне страхування, соціальні послуги, освіту». Так, щодо прав на зайнятість, пенсійне забезпечення, загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття, у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності, на надання соціальних послуг, закріплено, що їхня реалізація здійснюється відповідно до законодавства України [2]. Натомість про охорону здоров'я у цілому та медичну допомогу зокрема у законі взагалі не йдеться. Це також викликає питання, адже належність здоров'я до соціальної сфери так само є домінуючою позицією у вітчизняній правовій науці [5, с. 141].

Особливість правового статусу медичних закладів на таких територіях полягає у поєднанні двох взаємопов'язаних підходів: з одного боку Україна зберігає юрисдикцію над такими територіями і не визнає будь-які акти окупаційної влади, а з іншого — змушена враховувати фактичну неможливість повного здійснення державного контролю та управління. Будь-яка господарська діяльність юридичних осіб, у тому числі закладів охорони здоров'я, на тимчасово окупованій території допускається лише за умови зміни їх податкової адреси на підконтрольну територію України, що фактично зумовлює необхідність їх релокації або перереєстрації [2]. Це створює специфічний правовий режим, за якого медичні заклади можуть формально існувати в українській правовій системі, але фактично здійснювати діяльність поза межами ефективного контролю держави.

Окремого значення набуває міжнародно-правовий вимір регулювання діяльності медичних закладів на окупованих територіях. Згідно з нормами міжнародного гуманітарного права, зокрема Конвенції про захист цивільного населення під час війни, обов'язок забезпечення функціонування медичних установ покладається на

державу-окупанта, яка повинна сприяти діяльності лікарень та медичного персоналу, забезпечувати населення медичними матеріалами [4]. Це означає, що на окупованих територіях медичні заклади мають працювати та надавати необхідні послуги пацієнтам, а також повинні проводитися профілактичні заходи для запобігання поширенню інфекційних захворювань. Повинні працювати аптеки аби населення мало безперервний доступ до необхідних ліків та медичних виробів. Країна-окупант зобов'язана забезпечувати подальше задоволення медичних потреб цивільних громадян.

Практичний аспект функціонування медичних закладів на тимчасово окупованих територіях також пов'язаний із проблемами фінансування, кадрового забезпечення та доступу до медичних послуг. Зокрема, держава намагається підтримувати зв'язок із такими закладами через фінансові механізми, включаючи виплату заробітної плати медичним працівникам, навіть якщо вони продовжують працювати в умовах окупації.

Як зазначав Міністр охорони здоров'я України Віктор Ляшко, у 2023 році до Програми медичних гарантій було додано новий пакет «Забезпечення збереження кадрового потенціалу для надання медичної допомоги населенню, яке знаходиться на території, яка перебуває в тимчасовій окупації». Претендувати на нього могли медичні заклади, що перебувають на тимчасово окупованих територіях. Пакет надав можливість виплатити зарплату медичним працівникам у лікарнях, які знаходяться на тимчасово окупованих росіянами територіях. Зокрема, свої пропозиції подали 73 медичні заклади, які працюють в окупації на території Запорізької, Донецької, Луганської та Херсонської областей.

Суттєвою проблемою є також питання легітимності діяльності медичних закладів, які продовжують функціонувати на окупованих територіях. З одного боку їх діяльність спрямована на забезпечення базових потреб населення, з іншого — існує ризик кваліфікації певних дій як колабораційної діяльності залежно від характеру взаємодії з окупаційною владою.

Україна вже фіксує численні випадки примусу медичних працівників до надання допомоги представникам держави-окупанта. Водночас норми міжнародного гуманітарного права, зокрема Додаткового протоколу до Женевських конвенцій, чітко визначають

пріоритет: держава-окупант зобов'язана насамперед забезпечити медичні потреби цивільного населення. Відповідно, медичний персонал, ресурси, обладнання та лікарські засоби мають використовуватися для лікування цивільних осіб, поранених і хворих [6].

Лише за умови повного забезпечення цих потреб допускається залучення медичних ресурсів для надання допомоги військовим держави-окупанта або військовополоненим, причому таке залучення має виключно тимчасовий характер і не повинно погіршувати доступ цивільного населення до медичної допомоги. У разі примусу медичних закладів до участі в обслуговуванні окупаційних сил ключовим є належна фіксація таких фактів, а також оцінка впливу відповідних дій на рівень медичного забезпечення населення [7].

Варто згадати і Розпорядження Кабінету Міністрів України № 1219-р від 30.12.2022 «Про затвердження плану дій органів виконавчої влади з відновлення деокупованих територій територіальних громад», де визначено заходи, частина з яких стосується сфери охорони здоров'я та медичної допомоги зокрема. Наприклад, п. 33 передбачено «організацію надання медичної допомоги, де заклади охорони здоров'я зруйновано та неможливо здійснити логістичне забезпечення, шляхом організації розгортання тимчасових пунктів надання медичної допомоги у непошкоджених приміщеннях». Зазначений захід має бути реалізований протягом одного місяця з дати завершення тимчасової окупації, а відповідальними за його виконання визначені обласні державні адміністрації, військові адміністрації населених пунктів, органи місцевого самоврядування (за згодою) та Міністерство охорони здоров'я України [3].

Таким чином, правовий режим медичних закладів на тимчасово окупованих територіях характеризується багаторівневістю, поєднанням норм національного та міжнародного права, а також значною кількістю правових прогалин. Його ключовими ознаками є тимчасовість, спеціальний характер, обмежена ефективність державного контролю, а також орієнтація на забезпечення фундаментального права на медичну допомогу. Подальше вдосконалення потребує системного підходу, зокрема гармонізації законодавства, чіткого визначення правового статусу медичних закладів та їх працівників, розробки механізмів інтеграції таких закладів у єдину систему охорони здоров'я України після деокупації.

Список використаних джерел

1. Конституція України : від 28.06.1996 № 254к/96-ВР : станом на 1 січ. 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text> (дата звернення: 30.03.2026).

2. Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України : Закон України від 15.04.2014 № 1207-VII : станом на 19 трав. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1207-18#Text> (дата звернення: 30.03.2026).

3. Про затвердження плану дій органів виконавчої влади з відновлення деокупованих територій територіальних громад : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 30.12.2022 № 1219-р : станом на 17 груд. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1219-2022-р#Text> (дата звернення: 30.03.2026).

4. Конвенція про захист цивільного населення під час війни (укр/рос) : Конвенція Орг. Об'єдн. Націй від 12.08.1949 : станом на 23 лют. 2023 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_154#Text (дата звернення: 30.03.2026).

5. Логвиненко Б. О. Медична допомога населенню як чинник реінтеграції тимчасово окупованих територій України. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету*. Серія ПРАВО. 2024. Т. 3, № 84. С. 139–143. URL: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.84.3.21> (дата звернення: 30.03.2026).

6. Додатковий протокол до Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 року, що стосується захисту жертв міжнародних збройних конфліктів (Протокол I), від 8 червня 1977 року (укр/рос) : Протокол Орг. Об'єдн. Націй від 08.06.1977 : станом на 8 груд. 2005 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_199#Text (дата звернення: 30.03.2026).

7. Устінов О. Як надається медична допомога на тимчасово окупованих територіях | Український Медичний Часопис. *Український Медичний Часопис — новини медицини і здоров'я. Медична практика в Україні*. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-234292-yak-nadayetsya-medichna-dopomoga-na-timchasovo-okupovanih-teritoriyah> (дата звернення: 30.03.2026).

Мамка Валерія Віталіївна,
*аспірантка кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка (м. Київ, Україна)
Науковий керівник:*

Литвин Наталія Анатоліївна,
*докторка юридичних наук, професорка, професорка
кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)*

СУДОВИЙ ЗАХИСТ ПРАВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЧЛЕНІВ ЇХНІХ СІМЕЙ У КОНТЕКСТІ ВСТАНОВЛЕННЯ ЮРИДИЧНО ЗНАЧУЩИХ ФАКТІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Актуальність дослідження зумовлена як масштабами збройної агресії проти України, так і значним збільшенням кількості осіб, які набули статусу військовослужбовців та ветеранів війни. У сучасних умовах істотна частина прав зазначеної категорії осіб реалізується саме через механізм судового встановлення юридично значущих фактів, що набуває особливого значення у випадках, коли інші способи підтвердження відповідних обставин є відсутніми або неефективними.

Конституційною основою забезпечення прав військовослужбовців виступають положення статті 17 Конституції України, відповідно до яких держава гарантує соціальний захист громадян України, які перебувають на службі у Збройних Силах України, а також членів їхніх сімей [1]. Зазначене положення має не декларативний, а безпосередньо зобов'язуючий характер, що обумовлює необхідність формування дієвих правових механізмів реалізації та захисту відповідних прав.

В умовах воєнного стану особливого значення набуває саме судовий механізм захисту прав. Відповідно до статті 26 Закону України «Про правовий режим воєнного стану», правосуддя на території, де введено воєнний стан, здійснюється виключно судами,

при цьому не допускається скорочення чи прискорення форм судочинства, а також заборонено створення надзвичайних або спеціальних судів [2]. У разі неможливості здійснення правосуддя допускається зміна територіальної підсудності справ. Таким чином, навіть в умовах війни держава забезпечує збереження основоположних стандартів здійснення правосуддя, що є важливою гарантією прав людини.

Судова форма захисту прав військовослужбовців характеризується рядом суттєвих переваг, зокрема незалежністю судової влади, можливістю застосування Конституції України як норм прямої дії, орієнтацією на практику Європейського суду з прав людини, а також високим рівнем процесуальних гарантій. У таких умовах суд виступає не лише органом вирішення спорів, але й інструментом фактичного забезпечення реалізації прав у випадках, коли інші механізми не функціонують належним чином.

Особливе місце у системі судового захисту займають справи про встановлення фактів, що мають юридичне значення. Такі справи належать до юрисдикції судів загальної юрисдикції та розглядаються в порядку цивільного судочинства за правилами окремого провадження відповідно до положень Цивільного процесуального кодексу України [3]. Їх специфіка полягає у відсутності спору про право та необхідності лише підтвердження юридично значущих обставин, які у подальшому виступають підставою для реалізації особою своїх прав у відносинах із суб'єктами владних повноважень. На відміну від цього, адміністративні суди, діючи на підставі Кодексу адміністративного судочинства України, не здійснюють встановлення юридичних фактів як самостійної процесуальної мети, а досліджують відповідні обставини виключно в межах розгляду публічно-правового спору [4].

Верховний Суд, зокрема Велика Палата, сформулював чіткі критерії допустимості встановлення юридичних фактів у судовому порядку. До них належать: наявність юридичного значення факту; відсутність спору про право; відсутність передбаченого законодавством позасудового порядку встановлення такого факту; неможливість отримання або відновлення документа, що підтверджує відповідний факт [5; 6]. Ключовим критерієм при цьому є саме відсутність спору про право, що визначає природу окремого провадження.

Водночас у судовій практиці сформовано підхід щодо недопустимості встановлення окремих категорій фактів у судовому порядку у випадках, коли законодавством передбачено інший механізм їх підтвердження. Зокрема, не підлягають встановленню судами факти непридатності до військової служби, виключення з військового обліку, а також інші обставини, що належать до компетенції спеціально уповноважених органів, зокрема військово-лікарських комісій. Аналогічно не підлягає судовому встановленню факт збройної агресії проти України, що підтверджено правовою позицією Верховного Суду [7]. У таких випадках звернення до суду є неприпустимим, а суд зобов'язаний відмовити у відкритті провадження або закрити його.

Окрему категорію становлять справи, пов'язані із захистом соціальних прав військовослужбовців та ветеранів війни. У випадках, коли суб'єкт владних повноважень заперечує або не визнає відповідне право, виникає публічно-правовий спір, який підлягає розгляду в порядку адміністративного судочинства. До таких спорів, зокрема, належать питання виплати одноразової грошової допомоги, пенсійного забезпечення, надання статусу учасника бойових дій. Судова практика свідчить, що Верховний Суд послідовно відстоює підхід, за яким підставою для перерахунку пенсії є зміна хоча б одного з видів грошового забезпечення, що підлягає врахуванню при її обчисленні, а відмова у наданні статусу учасника бойових дій визнається протиправною за відсутності належного правового обґрунтування. Крім того, Конституційний Суд України у своїх рішеннях посилює стандарти соціального захисту, визнаючи неконституційними окремі обмеження прав військовослужбовців.

Таким чином, у сучасних умовах судова практика відіграє ключову роль у забезпеченні прав військовослужбовців та членів їхніх сімей. Суди не лише застосовують норми права, але й фактично формують правові підходи до вирішення нових, раніше не врегульованих ситуацій. Саме через судовий механізм забезпечується баланс між інтересами держави та правами людини, а також реалізація конституційних гарантій соціального захисту військовослужбовців в умовах воєнного стану.

Список використаних джерел

1. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.
2. Про правовий режим воєнного стану: Закон України від 12.05.2015 № 389-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19>.
3. Цивільний процесуальний кодекс України: Закон України від 18.03.2004 № 1618-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1618-15>.
4. Кодекс адміністративного судочинства України: Закон України від 06.07.2005 № 2747-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2747-15>.
5. Постанова Великої Палати Верховного Суду від 10 квітня 2019 року у справі № 320/948/18 (провадження № 14-567цс18). URL: <https://reyestr.court.gov.ua>.
6. Постанова Великої Палати Верховного Суду від 18 грудня 2019 року у справі № 370/2898/16 (провадження № 14-573цс19). URL: <https://reyestr.court.gov.ua>
7. Постанова Верховного Суду від 06 жовтня 2021 року у справі № 712/15597/18. URL: <https://reyestr.court.gov.ua>.

*Махно Аліна Анатоліївна,
аспірантка кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка (м. Київ, Україна)
Науковий керівник:*

*Проневич Олексій Станіславович,
доктор юридичних наук, професор, професор
кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)*

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗДІЙСНЕННЯ ТРІАЖУ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ: ДОСВІД УКРАЇНИ ТА НАТО

Обраний Україною європейський та євроатлантичний стратегічний курс, закріплений у положеннях преамбули Конституції України [1], зумовлює потребу у гармонізації національного законодавства із стандартами Європейського Союзу та Організації Північноатлантичного договору (далі — НАТО). Необхідність такого узгодження визначається як один з пріоритетів Воєнно-медичної доктрини України, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 р. № 910 [2]. Серед іншого, стандарти НАТО окреслюють правила здійснення медичного сортування (тріажу) як процедури, спрямованої на забезпечення виживання постраждалих та мінімізації наслідків воєнних дій. З огляду на це важливо здійснити компаративний аналіз нормативного закріплення цього правового інституту в українському законодавстві та стандартах НАТО.

Поняття «тріаж» є базовим військовим терміном, дефініція якого закріплена в стандартах НАТО. Зокрема, відповідно до Спільної доктрини НАТО з медичного забезпечення (АJP-4.10), тріаж — це визначення пріоритету для початкового та подальшого лікування або медичної евакуації поранених після первинного обстеження [3, р. 109]. Цей процес характеризується динамічністю та повторюваністю [3, р. 109].

В українських актах термін «тріаж» не використовується. Більш поширеним є вживання поняття «медичне сортування», яке, зокрема, закріплене в Стандарті екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі», затверджене наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 лютого 2022 року № 368 [4]. Визначення відповідного поняття у цьому документі не наводиться. Дефініція поняття «медичне сортування» з'явилася в українському законодавстві у 2025 році після ухвалення Порядку реагування та організації надання медичної допомоги при масових випадках опікової травми [5]. Під медичним сортуванням розуміється процес класифікації постраждалих за тяжкістю стану, характером травм та пріоритетом у наданні медичної допомоги з метою оптимального використання ресурсів та забезпечення максимальної ефективності лікування (пункт 2 розділу I). Однак стосовно меж дії цього акта є два застереження. По-перше, сфера дії наведеного Порядку є надто вузькою і не охоплює усього спектру травм, які можуть бути завдані під час бойових дій, оскільки він регулює лише випадки отримання опіків. По-друге, цей акт діє лише протягом періоду дії воєнного стану в Україні та тридцяти днів після припинення або скасування такого стану, тому темпоральні межі чинності Порядку (та дефініції «медичне сортування», зокрема) суттєво обмежені. Наведене свідчить про потребу переглянути чинну практику нормативного закріплення дефініції тріажу (медичного сортування) в українському законодавстві.

Крім того, в українських актах та стандартах НАТО закріплені різні підходи до медичного сортування постраждалих на категорії з метою найбільш ефективного надання медичної допомоги. Загальновизнаним є підхід щодо здійснення розподілу постраждалих на кілька категорій залежно від тяжкості їх стану. Відповідно до стандарту НАТО, виокремлюється *п'ять категорій*, які позначають відповідними кольорами:

1) червоний («негайно») — передбачає вжиття негайних заходів з порятунку життя, а також екстрену медичну евакуацію. До цієї категорії відносять пацієнтів з травмами, що загрожують життю, але такі пацієнти мають високий шанс на виживання при лікуванні;

2) жовтий («терміново») — передбачає вжиття таких заходів, як стабілізуюче лікування, повторна оцінка стану та швидка медична евакуація. До цієї категорії відносять пацієнтів із тяжкими травмами, але без безпосередньої загрози для життя;

3) зелений («мінімальний») — передбачає застосування першої медичної допомоги, проведення повторної оцінки стану пацієнтів та їх транспортування. До цієї категорії відносять пацієнтів з легкими травмами, які здатні самостійно піклуватися про себе;

4) білий на чорному («загиблі») — немає потреби в лікуванні. До цієї категорії відносять пацієнтів, смерть яких констатував медичний працівник, або пацієнтів з травмами, що не дають шансів на виживання, та відсутністю ознак життя;

5) синій на білому («очікування») — передбачає застосування лише підтримуючих знеболювальних та анксиолітичних препаратів, проведення повторної оцінки стану пацієнтів та їх транспортування [3, р. 110].

Водночас важливо наголосити, що не у всіх країнах НАТО застосовується неведений підхід до визначення категорій постраждалих. У стандарті Спільної доктрини НАТО з медичного забезпечення (AJP-4.10) зроблено застереження, що Сполучені Штати Америки рекомендують вирішити проблему, пов'язану з тим, що п'ять категорій сортування НАТО відрізняються за кольоровим кодуванням від чотирьох категорій сортування, які використовуються США [3, р. 11].

В українських актах також закріплюється 4-рівнева система, яка не повною мірою узгоджується із стандартами НАТО. Зокрема, такий підхід відображено у Стандарті екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі». Розподіл постраждалих на категорії ґрунтується на визначенні таких показників як: 1) рівень притомності свідомості; 2) наявність та характеристики дихання; 3) стан перфузії (проходження крові або лімфи через тканини організму). Для визначення пріоритетності та обсягу надання медичної допомоги застосовується такий розподіл постраждалих:

1) категорія I (чорний) — постраждалі, які мають сумнівний прогноз щодо успішності лікування, з огляду на важкість/характер травми/невідкладного стану та за умови дефіциту сил та засобів

для надання медичної допомоги в повному обсязі. Можливе забезпечення знеболенням;

2) категорія II (червоний) — постраждали, що знаходяться в критичному стані та потребують негайного виконання заходів/маніпуляцій, що рятують життя. Можливий обсяг надання медичної допомоги включає зупинку зовнішньої масивної кровотечі, відновлення та забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів, забезпечення функції дихання, забезпечення функції кровообігу;

3) категорія III (жовтий) — постраждали, надання допомоги яким може бути відкладено на декілька годин без загрози для життя;

4) категорія VI (зелений) — постраждали, стан яких стабільний, надання допомоги може бути відкладено на тривалий час без загрози для життя [4, с. 7–8].

Також у стандартах НАТО наголошено на заходах з підтримки здоров'я військових, які варіюються залежно від різних рівнів — Role 1, Role 2, Role 3 та Role 4. Здійснення тріажу передбачено лише на перших двох рівнях — Role 1 та Role 2, які охоплюють комплекс спроможностей первинної медичної допомоги [3, р. 71–72]. На інших рівнях (Role 3 та Role 4) тріаж (медичне сортування) безпосередньо у переліку заходів не зазначається. На противагу цьому підходу, в українському Стандарті екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі» не зазначено відомостей про здійснення тріажу (медичного сортування) на аналогічних рівнях. Водночас відсутність такого уточнення можна пояснити загальним характером українського Стандарту екстреної медичної допомоги, у якому не акцентовано увагу саме на військовій сфері.

Таким чином, процедура проведення тріажу (медичного сортування) як заходу, що дає можливість швидко та якісно здійснити початкову оцінку стану постраждалих для наступного надання їм медичної допомоги з метою ефективного розподілу ресурсів, характеризується дещо відмінними практиками нормативного регулювання в Україні та НАТО. У зв'язку з цим вбачається необхідність: 1) законодавчо закріпити визначення поняття «медичне сортування», яке б мало загальний характер та стосувалося усіх видів травм; 2) гармонізувати вітчизняний підхід до правової

регламентації здійснення тріажу (медичного сортування) з практикою НАТО, що сприятиме реалізації положень Воєнно-медичної доктрини України.

Список використаних джерел

1. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 04.04.2026).

2. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України: Постанова Кабінету Міністрів України; Доктрина від 31.10.2018 № 910. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 04.04.2026).

3. NATO STANDARD AJP-4.10. Allied joint doctrine for medical support. Edition C Version 1. September 2019. URL: https://www.coemed.org/files/stagnags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf (дата звернення: 04.04.2026).

4. Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 лютого 2022 року № 368. URL: https://moz.gov.ua/uploads/7/36080-dn_368_24_02_2022_dod_1.pdf. (дата звернення: 04.04.2026).

5. Порядок реагування та організації надання медичної допомоги при масових випадках опікової травми: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10.02.2025 № 234. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0308-25#Text>. (дата звернення: 04.04.2026).

*Махно Владислав Анатолійович,
аспірант кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету імені
Тараса Шевченка (м. Київ, Україна)
Науковий керівник:*

*Мацелюх Іванна Андріївна,
докторка юридичних наук, професорка,
професорка кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)*

ІНСТИТУЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВETERANІВ В СПОЛУЧЕНИХ ШТАТАХ АМЕРИКИ

Належне забезпечення високого рівня життя військово-службовців та ветеранів війти є важливим елементом якісного та цивілізованого публічного управління. Повномасштабне вторгнення та постійні бойові дії спричинили зростання кількості ветеранів, що в свою чергу вимагає запровадження ефективних заходів для їх підтримки, медичної реабілітації та інтеграції в соціальне життя. Належне інституційне забезпечення функціонування системи охорони здоров'я та підтримки ветеранів гарантує реалізацію їхніх прав. Держава зобов'язана брати на себе особливі патерналістські функції у сфері реабілітації учасників бойових дій. Це її безапеляційний внутрішній імператив, який базується на виключних моральних підвалинах, а також є елементом сучасної цивілізованої демократичної країни.

Для забезпечення найбільш ефективної ветеранської політики доцільно звернути увагу на досвід тих розвинутих держав, які за останні кілька десятиліть приймали активну участь у різних бойових діях, мають велику кількість колишніх військових різного віку та охарактеризували себе як країна з високим рівнем медичного обслуговування. Враховуючи всі вищенаведені критерії, одним із найкращих прикладів можна вважати Сполучені Штати Америки.

Кількість ветеранів в Штатах вражає. За даними перепису населення США станом на 2019 рік кількість колишніх військових

становила близько 17 мільйонів осіб. Наразі приблизно 89% — є чоловіками, всі інші — жінки. Відповідно до розрахунків станом на 2046 рік частка жінок-ветеранок може зрости до 18%. Така динаміка пов'язана із національною гендерною політикою та поступовими тенденціями до залучення більшої кількості жінок до лав збройних сил США. Цікавим фактом є те, що за офіційними даними близько 134 тисяч ветеранів є трансгендерами. Аналіз соціальної підтримки ветеранів країн-членів НАТО для демобілізації зазначає, що такі особи піддаються більшому ризику розвитку психічних розладів й більш схильні вживати психоактивні речовини [1]. Всі вищенаведені аспекти вказують на необхідність врахування гендерних особливостей ветеранів при розробці процедур з їх реабілітації.

У Сполучених Штатах основним державним органом, який опікується ветеранською політикою, є Міністерство у справах ветеранів США (U.S. Department of Veterans Affairs, далі — VA). У складі цієї інституції функціонують Управління охорони здоров'я ветеранів та Управління пільг для ветеранів [1].

Управління охорони здоров'я ветеранів (Veterans Health Administration або VHA) — це найбільша інтегрована система охорони здоров'я у Сполучених Штатах, яка надає медичну допомогу у 1380 медичних закладах, включаючи 170 медичних центрів VA та 1193 амбулаторних пунктах догляду різної складності. За даними Управління, воно обслуговує понад 9,1 мільйонів ветеранів. Медичні центри VHA надають широкий спектр послуг, включаючи традиційні медичні, такі як хірургія, реанімація, психіатрична терапія, ортопедія, фармацевтика, радіологія та фізіотерапія. Крім того, більшість медичних центрів VHA пропонують додаткові спеціалізовані медичні та хірургічні послуги, включаючи аудіологію та логопедію, дерматологію, стоматологію, геріатрію, неврологію, онкологію, подологію, протезування, урологію та догляд за захворюваннями органів зору. Деякі медичні центри також пропонують розширені послуги, такі як трансплантація органів та пластична хірургія [2].

Управління пільг для ветеранів (Veterans Benefits Administration або VBA) надає різноманітні послуги військовослужбовцям, ветеранам та їхнім сім'ям. Ця інституція займається значним переліком функцій, які зорієнтовані на повернення ветеранів війни

в нормальне життя. Управління в особливості надає також і послуги, які опосередковано допомагають в питаннях медичної реабілітації екзвівських. VBA, до прикладу, контролює виплату компенсації за інвалідність, яка є наслідком захворювання або травми, отриманої або загостреної під час дійсної військової служби. Пенсійне обслуговування забезпечує нагляд за програмами, які допомагають ветеранам війни, їхнім сім'ям з фінансовими труднощами. Страхова служба підтримує програми страхування життя, які забезпечують фінансову безпеку та душевний спокій військовослужбовцям, ветеранам та їхнім сім'ям [3].

Вищенаведена система може похвалитися цілим рядом позитивних аспектів, які роблять процес реабілітації максимально ефективним. До прикладу, особливості підходу реабілітації військових у США полягають в тому, що в Штатах робиться особливий акцент на психічному здоров'ї ветеранів. По-друге, система VA є надзвичайно всеосяжною і комплексною, що можна побачити з опису діяльності двох структурних підрозділів Міністерства. Також позитивним аспектом можна вважати фінансову стабільність, адже державний бюджет забезпечує постійне зростання витрат на ветеранів (згідно з президентським запитом, витрати VA з 2025 по 2026 рік зросли на 10% [4].

Не дивлячись на весь перелік об'єктивних переваг та позитивних аспектів такої ветеранської політики, ця система не позбавлена і недоліків. Одна з ключових проблем — надмірна бюрократія і фрагментація. VA як багаторівневий механізм може бути складним для розуміння ветеранам та членам їхніх сімей, що уповільнює процедуру отримання ними відповідних послуг [5]. Інша проблема — питання рівного доступу всіх осіб для отримання наведених вище процедур. Особливо з цим стикаються ветерани з сільської місцевості, які часто чекають тижнями, щоб потрапити на консультацію до психіатра, а низька щільність кадрового ресурсу у віддалених регіонах ще більше погіршує ситуацію [6]. Згідно з моніторингом U.S. Government Accountability Office, у 2023 році VHA зазнала труднощів у записі на прийом ветеранів через застарілі IT-системи [7]. Всі ці та ряд інших недоліків стають на заваді ефективної національної ветеранської політики в сфері реабілітації колишніх військових.

Отже, на основі вищенаведеного можемо констатувати факт того, що досвід Сполучених Штатів Америки щодо національної ветеранської політики у питанні реабілітації може бути корисним для України. Практика та реалізація відповідних приписів вказує, що для найбільш ефективної національної політики у вищенаведеній сфері наша держава має брати до уваги ряд особливостей. Перш за все — врахування гендерного елементу при розробці відповідних політик. По-друге, всі процедури мають бути чіткими, структуризованими та керуватися з єдиного урядового (державного) центру. По-третє, належне фінансування цієї сфери з розрахунку на поточні реальні потреби ветеранів та врахування тенденцій із потенційного їх збільшення. Виділення коштів має бути стабільним, постійним, а сфера реабілітації ветеранів має бути профінансованою в повному обсязі. По-четверте, ветеранам має надаватися максимально широкий спектр послуг з реабілітації, включаючи і роботу з ментальним здоров'ям. По-п'яте, всі процедури повинні бути простими і зрозумілими для ветеранів та членів їхніх сімей, бюрократичні процеси мають бути зведені до логічного мінімуму. По-шосте, має бути вирішене питання територіальної диспропорції, коли ветерани із сільської місцевості або віддалених від обласних центрів населених пунктів не можуть в повному обсязі реалізувати своє право на реабілітацію, або стикаються з певними труднощами. По-сьоме, необхідно забезпечити постійне та якісне технічне забезпечення як відповідних медичних закладів, так і їх адміністративних підрозділів. Вирішення цих та інших питань дозволить побудувати якісну та ефективну національну політику в сфері реабілітації ветеранів.

Список використаних джерел

1. Аналіз соціальної підтримки ветеранів країн-членів НАТО для демобілізації. *Інтерв'юз-Україна*. URL: <https://internews.ua/storage/app/media/rang/2023%20event%20news/November/infobrief-nato-demobilisation.pdf> (дата звернення: 03.04.2026).
2. Veterans Health Administration: About VHA. *U.S. Department of Veterans Affairs*. URL: <https://www.va.gov/health/aboutVHA.asp> (дата звернення: 03.04.2026).
3. Veterans Benefits Administration: About VBA. *U.S. Department of Veterans Affairs*. URL: <https://www.benefits.va.gov/BENEFITS/about.asp> (дата звернення: 03.04.2026).

4. President's Budget Request — Fiscal Year 2026. *U.S. Department of Veterans Affairs*. URL: [https://web.archive.org/web/20260327193747/ https://department.va.gov/administrations-and-offices/management/budget/#generic-timeline](https://web.archive.org/web/20260327193747/https://department.va.gov/administrations-and-offices/management/budget/#generic-timeline) (дата звернення: 02.04.2026).

5. How VA is Structured (and Why It Matters to You). *VA News*. URL: <https://news.va.gov/812/how-va-is-structured-and-why-it-matters-to-you/> (дата звернення: 03.04.2026).

6. VA mental health: additional action needed to assess rural veterans' access to intensive care. *U.S. Government Accountability Office*. URL: <https://www.gao.gov/products/gao-23-105544> (дата звернення: 03.04.2026).

7. Improvements needed to achieve successful appointment scheduling modernization. *U.S. Government Accountability Office*. URL: <https://files.gao.gov/reports/GAO-25-106851/index.html> (дата звернення: 03.04.2026).

Маховик Анна Олексіївна,
аспірантка кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка (м. Київ, Україна)
Науковий керівник:

Мацелюх Іванна Андріївна,
докторка юридичних наук, професорка,
професорка кафедри службового та
медичного права Навчально-науковий інститут
права Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ ПРАВА НА КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Стрімка цифровізація суспільних відносин створює нові виклики для правової системи України. Контекст воєнного стану та триваюча агресія РФ проти України лише загострюють необхідність пошуку балансу між безпекою та приватністю. Актуальним питанням залишається сьогодні можливість збереження конфіденційності медичних даних військовослужбовців. Хоча впровадження Державного реєстру покликане оптимізувати військовий облік та зміцнити обороноздатність, воно водночас породжує серйозні правові проблеми. Зокрема, постає необхідність захисту медичної інформації як особливої категорії персональних даних у межах нової цифрової екосистеми.

Згідно з положеннями норми 1.11 Наказу Міністерства оборони України від 14.08.2008 року №402 [1], особи під час проходження ВЛК зберігають право на медичну таємницю, що охоплює діагноз, факт обстеження та будь-які відомості про стан здоров'я. Робота з відповідною документацією має відповідати законодавству України про захист персональних даних. Водночас, на членів комісій та медичний персонал покладається юридичний обов'язок нерозголошення конфіденційної інформації, отриманої під час виконання службових обов'язків. Проте закон встановлює

виняток, що результати такого огляду вносяться до Єдиного державного реєстру призовників, військовозобов'язаних та резервістів у визначеному порядку.

Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення порядку обробки та використання даних у державних реєстрах для військового обліку та набуття статусу ветерана війни під час дії воєнного стану» №3549-ІХ від 16 січня 2024 року [2], у статті 6 трансформує розуміння медичної таємниці. За даною нормою, відомості про результати проходження медичного огляду (військово-лікарської експертизи) відносять до службових даних призовника, військовозобов'язаного та резервіста.

Зміна правового режиму захисту конфіденційності медичної інформації потребує подальшого осмислення. Наведемо кілька проблемних аспектів. Традиційно суб'єктами збереження лікарської таємниці було обмежене коло громадян. Здебільшого це медичний персонал, а також ті, кому ці дані стали відомими у зв'язку з виконанням ними службових обов'язків. Тепер коло суб'єктів значно розширюється. У свою чергу ризики несанкціонованого доступу до медичних даних громадян кратно підвищуються.

Ще у 2024 році Омбудсман України акцентував увагу на ризиках витоку персональних даних у зв'язку з розширенням кола органів, які матимуть доступ до реєстру [3]. За його оцінкою, створення єдиного реєстру військовозобов'язаних супроводжується тими ж загрозами, що й функціонування інших державних баз даних. Проте у цьому випадку чутливість інформації є значно вищою, що посилює потенційні наслідки її неправомірного використання.

Для порівняння візьмемо законодавство Німеччини. У демократичній державі теж допускається звуження частини прав людини задля забезпечення національної безпеки. Федеральний закон про захист даних у 24 параграфі дозволяє обробку персональних даних недержавними органами для іншої мети, ніж були зібрані, якщо це необхідно для запобігання загрозам національній чи громадській безпеці [4]. У статті 17а Закону про правовий статус військовослужбовців вказується, що військовослужбовець зобов'язаний проходити медичні заходи, навіть проти своєї волі, якщо це необхідно для встановлення його придатності до служби або виконання службових обов'язків [5]. Якщо ж військовослужбо-

вещь відмовляється від розумного, або іншими словами — прийняттого, медичного заходу і внаслідок цього знижується його придатність до служби, то йому може бути відмовлено у відповідному забезпеченні. При тому цікавим є те, що у даній статті використовується латинська фраза «*mutatis mutandis*» [6], що буквально означає «з урахуванням відповідних змін». Тобто, цивільні права пацієнтів застосовуються для військовослужбовців, але з певними застереженнями. Певні винятки робляться у частині отримання інформованої згоди пацієнта, обов'язку розкриття інформації чи обов'язку інформування пацієнта.

Німецьке законодавство виходить з позиції, що права пацієнтів зберігаються для військовослужбовців, проте можуть бути обмежені для конкретних цілей. Якщо порівняти з новими положеннями українського законодавства, то можна зробити висновок, що норми не адаптуються до викликів воєнного стану. Натомість відбувається повна зміна правового режиму даних. У свою чергу це може призвести до часткового або повного нівелювання можливості застосування цивільних стандартів захисту медичних даних військовослужбовців.

Перехід медичних даних до цифрової екосистеми військового обліку суттєво розширює коло осіб, які отримують доступ до особливо чутливої інформації. Це об'єктивно збільшує ризики несанкціонованого доступу та витоку даних, на що цілком обґрунтовано звертає увагу Уповноважений Верховної Ради України з прав людини, наголошуючи на підвищеній вразливості медичної інформації в умовах війни.

Таким чином, вирішення цих проблем вимагає комплексно-го підходу, який повинен поєднувати вдосконалення законодавства, запровадження спеціальних правових і технічних гарантій захисту медичних даних, а також ефективний державний і громадський контроль за їх обробкою. При цьому критично важливим залишається дотримання розумного балансу між публічними інтересами національної безпеки та основоположними правами людини, що є необхідною умовою збереження правової держави навіть під час дії воєнного стану.

Список використаних джерел

1. Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України» від 14.08.2008 № 402.

2. Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення порядку обробки та використання даних у державних реєстрах для військового обліку та набуття статусу ветерана війни під час дії воєнного стану» від 16 січня 2024 року № 3549-IX.

3. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини. Омбудсман: Захист персональних даних військовослужбовців — безумовний пріоритет в умовах війни. URL: https://www.ombudsman.gov.ua/news_details/ombudsman-zahist-personalnih-daniv-vijskovosluzhbovciv-bezumovnij-prioritet-v-umovah-vijni.

4. Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) § 24 — Datenverarbeitung für Zwecke des Beschäftigungsverhältnisses. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_2018/__24.html (дата звернення: 08.04.2026).

5. Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten (Soldatengesetz — SG) § 17a — Gesunderhaltungspflicht und Patientenrechte. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sg/__17a.html. (дата звернення: 08.04.2026).

6. Cambridge Dictionary. Значення терміна *mutatis mutandis*. URL: <https://dictionary.cambridge.org/uk/dictionary/english/mutatis-mutandis>.

Мацелюх Анна Віталіївна,
здобувачка освіти Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)

Науковий керівник:

Мацелюх Іванна Андріївна,
докторка юридичних наук, професорка,
професорка кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)

ГЕНДЕРНО ОРІЄНТОВАНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ В УКРАЇНІ

Масштаб участі жінок у збройних конфліктах сучасності зумовлює необхідність перегляду традиційних підходів до реабілітації ветеранів. Станом на вересень 2024 року загальна чисельність жінок у Збройних Силах України сягнула 68 000 осіб [1], що робить питання гендерно орієнтованої реабілітації не лише актуальним, а й невідкладним. Водночас українське законодавство у цій сфері залишається формально нейтральним, фактично не забезпечуючи урахування специфічних потреб жінок-ветеранок [2]. У цьому контексті звернення до зарубіжного досвіду країн, які раніше зіткнулися з аналогічними викликами, набуває важливого науково-практичного значення для вдосконалення вітчизняного правового регулювання.

Так, Сполучені Штати Америки пройшли тривалий шлях від усвідомлення проблеми до системного законодавчого реагування. Прийнятий у 1994 році Закон про поліпшення ветеранських пільг (Public Law 103–446) заснував Центр жінок-ветеранів у структурі Департаменту у справах ветеранів, а ще раніше — Закон про охорону здоров'я ветеранів 1992 року (Public Law 102-585) — законодавчо визначив поняття психологічної травми від військового сексуального насильства та встановив пріоритет надання відповідної допомоги [3]. Сьогодні у кожному медичному закладі системи VA призначено координатора з питань військової сексуальної травми, а кожен ветеран при зверненні проходить обов'язковий

скринінг на предмет пережитого сексуального насильства [4]. Щорічна звітність перед Конгресом окремо за показниками реабілітації жінок забезпечує прозорість і підзвітність системи — те, чого в Україні досі не запроваджено.

Досвід Великої Британії демонструє інший підхід: не окремий закон, а системна інтеграція гендерного виміру в загальну архітектуру ветеранської допомоги. «Угода зі збройними силами» (Armed Forces Covenant) юридично закріплює недопустимість дискримінації за ознакою статі у доступі до реабілітаційних послуг, а спеціалізована служба психічного здоров'я Op COURAGE, запущена NHS у 2021 році, пропонує диференційовані рівні терапевтичного втручання — від раннього реагування до інтенсивного лікування складних форм посттравматичного стресового розладу [5]. Водночас дослідження британського досвіду фіксують, що жінки-ветеранки стикаються зі специфічними бар'єрами у доступі до психологічної допомоги — відсутністю визнання їхнього ветеранського статусу та гендерними стереотипами з боку медичного персоналу — що підкреслює необхідність не лише законодавчих норм, а й підготовки фахівців [6].

Ізраїльський досвід є особливо релевантним для України, оскільки жінки в ЦАХАЛі з давніх часів проходять військову службу на рівних засадах із чоловіками. Водночас останні дані свідчать про системну проблему: попри те, що жінки становили близько 20 % бойових сил під час останнього конфлікту, підхід армії до профілактики та лікування посттравматичного стресового розладу часто не враховує гендерних відмінностей [7]. Реакцією громадянського суспільства стала поява спеціалізованих реабілітацій довкола чотирьох компонентів: спільноти, терапевтичних майстерень, персонального супроводу та наукових досліджень. Цей досвід засвідчує: навіть у країнах із давніми традиціями жіночої служби гендерно чутлива реабілітація потребує цілеспрямованих зусиль і не виникає автоматично.

Канадська модель вирізняється принципово важливим концептуальним кроком. Закон про добробут ветеранів (Veterans Well-being Act), прийнятий у новій редакції у 2017 році, закріпив комплексну програму реабілітації з медичним, психосоціальним та професійним компонентами, яка охоплює не лише ветерана, а

й членів його сім'ї [8]. Законом передбачено участь сім'ї у реабілітаційному процесі в обсязі, необхідному для досягнення реабілітаційних цілей ветерана. Такий підхід є визнанням того, що людина, яка повернулася з фронту, повертається до родини, яка також несе тягар наслідків війни, — і що ефективна реабілітація неможлива без підтриманого середовища.

Таким чином, аналіз зарубіжного досвіду засвідчує, що гендерно орієнтована реабілітація ветеранів є не ідеологічним вибором, а доведеною практикою ефективного публічного управління. Спільною рисою розглянутих моделей є перехід від декларативної рівності до диференційованих механізмів надання допомоги: спеціалізованих координаторів, обов'язкового скринінгу, окремих клінічних настанов та включення сім'ї у правовий контур реабілітації. Україна, будуючи систему ветеранської реабілітації в умовах безпрецедентного за масштабом конфлікту, має унікальну можливість — зробити її правильно від початку, не чекаючи десятиліть на усвідомлення прогалин. З урахуванням зазначеного пропонується: запозичити американську практику обов'язкового скринінгу та спеціалізованих координаторів із питань сексуальної травми у кожному реабілітаційному закладі; імплементувати британську модель диференційованих рівнів психологічного втручання; врахувати ізраїльський досвід для розуміння меж формальної рівності, яка без цілеспрямованих механізмів не забезпечує реальної доступності послуг; закріпити на законодавчому рівні за канадським зразком поняття ветеранської сім'ї як суб'єкта реабілітаційного процесу. Реалізація цих заходів дозволить наблизити українську систему ветеранської реабілітації до міжнародних стандартів та забезпечити фактичну, а не лише декларативну рівність у доступі до реабілітаційних послуг.

Список використаних джерел

1. Дараган Л. Загальна чисельність жінок у ЗСУ — 68 000 / Міністерство оборони України. Міжнародний семінар з питань гендерної рівності в рамках Рішельє-форуму. 27 вересня 2024.

2. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22.10.1993 № 3551-XII (редакція від 01.01.2026). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12>

3. Center for Women Veterans. Department of Veterans Affairs Center for Women Veterans Fact Sheet. URL: <https://veterans.networkofcare.org/montgomery-pa/HealthLibrary/Article?docType=noc&articleId=2216>

4. Military Sexual Trauma / PTSD: National Center for PTSD, US Department of Veterans Affairs. URL: https://www.ptsd.va.gov/understand/types/sexual_trauma_military.asp

5. NHS England. NHS launches 'Op Courage' veterans' mental health service. 2021. URL: <https://www.england.nhs.uk/2021/03/nhs-launches-op-courage-veterans-mental-health-service/>

6. Stevelink S. A. M. et al. Current perspectives on the mental health of UK military personnel and veterans. *British Medical Bulletin*. 2025. Vol. 154, № 1. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12082639/>

7. Women in Uniform Face PTSD in Unique Ways, Leaders Say Support Systems Must Catch Up / The Media Line. 2026. URL: <https://themedialine.org/lifelines/women-in-uniform-face-ptsd-in-unique-ways-leaders-say-support-systems-must-catch-up/>

8. Veterans Well-being Act (SC 2005, c. 21, as amended 2017) / Veterans Affairs Canada. URL: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-16.8/FullText.html>

*Михайліченко Олександр Сергійович,
аспірант кафедри економічного права та економічного судочинства
Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)
Науковий керівник:*

*Пацурія Ніно Бондовна,
докторка юридичних наук, професорка кафедри економічного права
та економічного судочинства Навчально-наукового інституту права
Київського національного університету імені Тараса Шевченка,
(м. Київ, Україна)*

ІННОВАЦІЙНО-ПРАВОВЕ ЗНАЧЕННЯ ПСИХОДЕЛІЧНО АСИСТОВАНОЇ ТЕРАПІЇ: НЕВЕЛИ МІЖНАРОДНОЇ ПРАКТИКИ ТА ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ В УКРАЇНІ

Внаслідок повномасштабної війни Україна змушена шукати оптимальні рішення з урахуванням обмежених ресурсів, зокрема для забезпечення ефективнішого лікування та реабілітації ветеранів із посттравматичним стресовим розладом (далі — «ПТСР»). Останні роки у світі зростає інтерес до психоделічно асистованої терапії (далі — «ПАТ»), що зумовлює різні підходи до її визначення. ПАТ є сукупністю терапевтичних практик, що передбачають прийом психоделічних речовин під наглядом лікарів, психологів та інших уповноважених осіб [1]. У ПАТ типово використовуються такі речовини, як псилоцибін, метилендіоксиметамфетамін (МДМА), діетиламід лізергінової кислоти (ЛСД) та кетамін. Станом на березень 2026 року українське законодавство не надає можливості провадити ПАТ з псилоцибіном та MDMA. Введення кетаміну формально дозволене, оскільки речовина зареєстрована в Україні як лікарський засіб (хірургічний анестетик). Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 № 770 її обіг обмежено, але не заборонено. Та навіть кетамінова терапія впроваджується за межами визначених показань (off-label).

Важливу роль при імплементації ПАТ відіграють міжнародні акти у сфері контролю над наркотичними речовинами. У розумінні статті 4(с) Єдиної конвенції ООН про наркотичні засоби від 1961 року, статті 7 Конвенції ООН про психотропні речовини

1971 року та Конвенції про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин псилоцибін та МДМА віднесені до списку I речовин, для яких встановлюється жорсткий режим, що забороняє будь-яке використання, крім наукових та обмежених медичних цілей, які здійснюються під прямим державним контролем.

Наукові дослідження та законодавча практика різних країн свідчать про потенціал ПАТ, проте ця проблема досі не отримала комплексного дослідження на рівні національної юридичної науки [2]. Так, міжнародне визнання ПАТ розпочалося з визнання у 2017–2018 роках Управлінням з контролю якості харчових продуктів і медичних засобів США (Food and Drug Administration, далі — «FDA») МДМА та псилоцибіну речовинами, придатними для застосування у «проривній терапії» (Breakthrough Therapy) для лікування депресії та ПТСР. У розумінні FDA це спеціальна регуляторна процедура, спрямована на прискорення розробки та розгляду лікарських засобів, призначених для лікування серйозних захворювань. Вона застосовується за умови наявності попередніх клінічних даних, що свідчать про можливе істотне покращення результатів лікування порівняно з наявною терапією за клінічно значущими показниками [3].

Світовий досвід легалізації ПАТ за 2023–2026 роки демонструє перехід від суворої заборони до створення контрольованих медичних протоколів. Австралія стала першою країною у світі, яка на федеральному рівні перекласифікувала МДМА та псилоцибін для клінічного використання: з 1 липня 2023 року австралійський уряд перевів псилоцибін та МДМА до Списку контрольованих ліків. Згідно з цим рішенням місцеві лікарі-психіатри тепер мають право призначати псилоцибін для лікування резистентної депресії, а МДМА — для лікування ПТСР [4]. Для проведення ПАТ лікар має бути зареєстрований в Австралійському агентстві регулювання медичних працівників (Australian Health Practitioner Regulation Agency), отримати спеціалізацію Королівського австралійського та новозеландського коледжу психіатрів (RANZCP) та отримати схвалення від Комітету з етики досліджень на людях (Human Research Ethics Committees).

Використання психоделічних речовин в медичних цілях у Швейцарії з 2014 року допускається як у межах наукових дослід-

жень, так і для лікування посттравматичного стресового розладу та інших психічних станів. Хоча зазначені речовини не мають статусу схвалених лікарських засобів, лікарі можуть звернутися до Федерального управління охорони здоров'я (Bundesamt für Gesundheit) з клопотанням про надання індивідуального дозволу на їх застосування, отримавши так званий «винятковий дозвіл» [5].

У Канаді існує медична програма спеціального доступу (Special Access Program), у межах якої з 2022 року ліцензовані лікарі можуть звертатися за дозволом на використання незареєстрованих лікарських засобів для лікування пацієнтів із тяжкими або загрозливими для життя станами у випадках, коли стандартні методи терапії виявилися неефективними або є недоступними [6].

З 2026 року також Чехія планує дозволити використання псилоцибіну у зв'язку зі зростанням кількості досліджень, які підтверджують його терапевтичний потенціал у лікуванні тяжких психічних розладів. Використання препарату здійснюватиметься за суворими протоколами, розробленими Психіатричною спілкою Чеського медичного товариства, та виключно сертифікованими фахівцями. Терапія проводитиметься переважно у Празі та Брно, а сеанси тривалістю близько шести годин проходять під наглядом двох підготовлених психотерапевтів [7].

На законодавчому рівні в Україні вже помітні перші кроки до формування підходу до медичного використання психоделічних речовин. Це підтверджується ухваленням Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо державного регулювання обігу рослин роду коноплі» від 21.12.2023 № 3528-IX, яким шляхом внесення змін до статті 20 Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» від 15.02.1995 № 60/95-ВР передбачено можливість використання коноплі у медичних цілях. Таким чином, практика розбудови подібних регуляторних механізмів не є для України принципово новою. Але запровадження ПАТ узгоджується також з загальними трендами щодо розвитку законодавчої рамки навколо медичних інновацій: згідно з Законом України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні» від 08.09.2011 № 3715-VI впровадження нових технологій та обладнання для якісного лікування є одним з пріоритетних напрямків інноваційної діяльності для України

в умовах воєнного стану. Впровадження сучасних технологій та наукових досягнень для збереження та зміцнення здоров'я є однією з цілей для забезпечення умов розвитку та реалізації національної системи охорони здоров'я для Стратегії розвитку системи охорони здоров'я від 17.01.2025 № 34-р.

При цьому законодавець в межах Порядку проведення державної оцінки медичних технологій від 23 грудня 2020 р. № 1300 розлого підходить до визначення пріоритетних інновацій: ними можуть бути метод, процедура, система або засіб для медичної реабілітації, включно з лікарськими засобами, процедурами та організаційними системами, що застосовуються у сфері охорони здоров'я, до яких варто відносити і ПАТ.

ПАТ в Україні може стати критично важливою процедурою для реабілітації ветеранів із ПТСР в умовах масштабних бойових дій. Попри те, що станом на березень 2026 р. використання псилоцибіну та MDMA в Україні залишається обмеженим, світовий досвід демонструє стрімкий перехід до створення контрольованих медичних протоколів. Водночас запровадження ПАТ в Україні потребує повноцінних клінічних випробувань та продуманих змін у законодавстві для подальшого внесення наведених речовин до Списку № 2 Постановим № 700 щодо психотропних речовин, обіг яких обмежено.

З огляду на нестачу працівників охорони здоров'я та на міжнародний досвід, де ПАТ застосовується під суворим медичним контролем із залученням підготовлених фахівців, обґрунтованою є доцільність моделі, за якої терапевтичні сесії проводяться сертифікованими фасилітаторами під наглядом психіатра. Відбір пацієнтів, скринінг і призначення препаратів мають залишатися виключною компетенцією сертифікованого лікаря. Такий підхід дозволить забезпечити належний рівень безпеки та разом подолати кадрові обмеження, що є критично важливим для масштабування ПАТ в Україні, перегляду підходів до регулювання психотропних речовин у медичних цілях, а також для проведення клінічних досліджень. Не менш важливо визначити вимоги до лікарів і закладів, які працюватимуть із такими методами, і забезпечити системний нагляд за їх ефективністю та безпекою.

Безумовно, українське суспільство навряд чи буде одразу готовим до запровадження таких процедур — навіть за наявності

чітких алгоритмів і жорстких санкцій за неправомірне використання психоделічних речовин. Сучасні умови функціонування системи охорони здоров'я зумовлюють потребу у ширшому підході до оцінки можливостей впровадження інноваційних терапевтичних методів. В Україні система охорони здоров'я працює в умовах підвищеного навантаження, тоді як наявні методи лікування ПТСР не завжди забезпечують стійкий терапевтичний ефект. За таких обставин надмірна обережність щодо впровадження нових, науково обґрунтованих підходів до відновлення ментального здоров'я може розглядатися як фактор, що об'єктивно ускладнює вирішення відповідних проблем. Натомість їх обережне й контрольоване впровадження може стати реальним шансом підвищити ефективність реабілітації ветеранів і дати відповідь на термінові виклики сьогодення.

Список використаних джерел

1. Schipper S., Nigam K., Schmid Y., Piechotta V., Ljuslin M., Beaussant Y., Schwarzer G., Boehlke C. Psychedelic-assisted therapy for treating anxiety, depression, and existential distress in people with life-threatening diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2024. Vol. 9, No. 9. Art. No. CD015383. URL: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD015383.pub2> (accessed 22.03.2026).
2. Omidian H., Omidian A. The emergence of psilocybin in psychiatry and neuroscience. *Pharmaceuticals*. 2025. Vol. 18, No. 4. Art. No. 555. URL: <https://doi.org/10.9740/mhc.2017.01.024> (accessed 22.03.2026).
3. U.S. Food and Drug Administration. Breakthrough Therapy. URL: <https://bit.ly/47nwVqN> (accessed 24.03.2026).
4. MDMA and psilocybin hub. Australian Government. Department of Health, Disability and Ageing. Canberra. 2024. URL: <https://bit.ly/41lEdYE> (accessed 22.03.2026).
5. Elçi A. Switzerland is home to Europe's only psychedelics treatment. SWI swissinfo.ch. URL: <https://bit.ly/4saQ9rr> (accessed 24.03.2026).
6. Richard J, Garcia-Romeu A, Henningfield JE. Expanded access to psychedelic treatments: comparing American and Canadian policies. *General Psychiatry*. 23 April 2025. Vol. 38, No. 1. e101894. URL: <https://bit.ly/4tdytME> (accessed 24.03.2026).
7. Редакція Чехія Онлайн. У Чехії з 2026 року легалізують медичне використання «магічних» грибів для лікування депресії. 6 грудня 2025. URL: <https://bit.ly/3PwIwOo> (дата звернення: 26.03.2026).

*Пайос Аліса Єгорівна,
здобувачка вищої освіти факультету адвокатури
Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого
(м. Харків, Україна)
Науковий керівник:*

*Семеніхін Ігор Вікторович,
кандидат юридичних наук,
асистент кафедри прав людини та юридичної методології
Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого
(м. Харків, Україна)*

ВИКОРИСТАННЯ НЕЙРОТЕХНОЛОГІЙ І VR-ТЕРАПІЇ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ В УКРАЇНІ: МЕДИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ

В умовах діючого на території України воєнного стану система охорони здоров'я України стикається з безпрецедентним викликом — необхідністю забезпечення ефективної психологічної та психіатричної реабілітації сотень тисяч ветеранів.

Традиційні протоколи лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) не завжди демонструють достатню ефективність, що зумовлює пошук інноваційних рішень.

Одним із найперспективніших напрямів є застосування нейротехнологій та терапії віртуальної реальності (VR-терапії), зокрема методу експозиційної терапії у віртуальній реальності (VRET). Однак інтеграція цих технологій у українську медичну практику гальмується відсутністю належної нормативно-правової бази та механізмів стандартизації.

Сутність методу експозиційної терапії (VRET) полягає у поступовому та контролюваному зануренні пацієнта у віртуальне середовище, яке містить тригерні стимули, що викликають страх або тривогу. Цей метод є сучасною технологічною модифікацією традиційної когнітивно-поведінкової терапії. За допомогою VR-гарнітури особа потрапляє у високореалістичну симуляцію стресової ситуації (наприклад, звуки бойових дій, перебування у закритому просторі чи натовпі), перебуваючи при цьому в абсолютно безпечному кабінеті психотерапевта [1, с. 104]. Таке занурення дозволяє багаторазово і дозовано контактувати з об'єктом свого страху, що з часом запускає нейробіологічний процес десенсибі-

лізації — мозок навчається новій, адаптивній реакції на тригер, і рівень тривоги поступово знижується [1, с. 105].

Переваги VRET у порівнянні з традиційною експозиційною терапією *in vivo* (тобто зануренням у лякаючу ситуацію в реальному житті) є беззаперечними.

По-перше, традиційне відтворення травматичних подій для ветеранів часто є логістично неможливим, занадто складним або відверто небезпечним. Натомість VRET надає терапевту стовідсотковий контроль над віртуальним середовищем: фахівець може регулювати інтенсивність стимулів у режимі реального часу, ставити симуляцію на паузу або миттєво припинити сеанс, гарантуючи повну фізичну безпеку пацієнта [1, с. 107].

По-друге, метод забезпечує високу повторюваність — один і той самий сценарій можна відтворювати безліч разів для закріплення терапевтичного ефекту. Завдяки такій безпеці та імерсивності (ефекту глибокої присутності), рівень мотивації та залученості пацієнтів значно зростає. Як наслідок, відсоток тих, хто передчасно кидає лікування через надмірний стрес (який у традиційній терапії може сягати 50%), суттєво знижується [1, с. 105].

Міжнародний досвід та сучасні дослідження доводять клінічну ефективність VR-терапії. Зокрема, VRET дозволяє долати ключові обмеження традиційних підходів, забезпечуючи повну контрольованість середовища, високу повторюваність та фізичну безпеку пацієнта під час обробки травматичного досвіду [1, с. 106].

З правової точки зору, імплементація таких технологій у розвинених країнах супроводжується чіткою регуляторною політикою: у США застосовується концепція «Програмне забезпечення як медичний виріб» (SaMD) [6], а в ЄС — жорсткі критерії Регламенту 2017/745 про медичні вироби (MDR) [7].

Водночас в Україні фактична медико-психологічна практика випереджає своє законодавче регулювання. Застосування віртуальної реальності набуває унікального та вкрай важливого значення саме у сфері військової психології [3, с. 105].

Незважаючи на нормативну невизначеність, українські фахівці активно інтегрують VR в реабілітаційний процес [4; 5]. Зокрема, новітні клінічні дослідження 2025 року, проведені серед українських ветеранів, доводять, що імерсивна VR-терапія забезпечує швидке покращення емоційного стану, знижуючи рівень тривож-

ності на 14,5% та депресії на 12,3% [8]. Більше того, з'являються власні розробки, зокрема тактильні VR-системи, що поєднують віртуальне середовище зі спеціальними сенсорними рукавичками для мультимодальної реабілітації [2, с. 826].

Проте на офіційному юридичному рівні правовий статус інноваційних технологій в Україні залишається у «сірій зоні», що породжує низку системних правових проблем. Передусім, гостро постає питання нормативної кваліфікації та сертифікації. В українському правовому полі відсутні чіткі критерії розмежування між розважальним VR-контентом та спеціалізованим медичним програмним забезпеченням. Процедури оцінки відповідності для комплексних нейротехнологічних систем залишаються неврегульованими.

Ця невизначеність зумовлює наступну проблему — відсутність клінічної стандартизації. Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, застосування методів лікування допускається лише після їх стандартизації. Наразі VR-терапія не включена до Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги при ПТСП [9]. Це створює юридичні ризики для лікарів-психотерапевтів, адже призначення таких процедур де-факто перебуває на межі медичного експерименту (ст. 45 Основ). Розвиток українських VR-платформ вимагає термінового розроблення національних протоколів, що визначатимуть оптимальні параметри дозування та структуру занять.

Окрім регуляторних прогалин, застосування імерсивних інновацій актуалізує етико-правову проблему захисту «нейроданих» (Neuro-privacy).

Сучасні VR-гарнітури та сенсори здатні збирати так звані «суперперсональні» біометричні дані: частоту серцевих скорочень, провідність шкіри, рухи очей та емоційні реакції [1, с. 114].

У контексті лікування військовослужбовців ці відомості становлять надзвичайно чутливу категорію. Однак національне законодавство наразі не містить специфічних гарантій щодо обробки нейроданих, що відкриває простір для ризиків їх несанкціонованої передачі розробникам.

Впровадження нейротехнологій у систему реабілітації ветеранів в Україні вимагає негайної нормотворчої реакції. По-перше, необхідна гармонізація національного законодавства з Регламентом ЄС 2017/745 (MDR) у частині закріплення правового статусу

SaMD. По-друге, МОЗ України доцільно затвердити галузеві стандарти застосування VR-терапії, чітко визначивши показання та вимоги до фахівців. По-третє, законодавство про захист персональних даних потребує введення поняття «нейродані» та суворих обмежень на їх обробку. Лише комплексний правовий підхід перетворить інноваційні технології на безпечний інструмент повернення ветеранів до повноцінного життя.

Список використаних джерел

1. Ломакін А., Батурін М. Використання віртуальної реальності в психології: сучасний стан та перспективи. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2025. Вип. 73. С. 99–121.
2. Ковальчук Д. В., Антонова-Рафі Ю. В. Застосування технологій віртуальної реальності для відновлення дрібної моторики... *Період трансформаційних процесів в світовій науці: задачі та виклики (Матеріали конференції)*. Полтава, 2025. С. 824–829.
3. Яндола К. О., Кислий В. Д., Малеев О. В. Психолого-педагогічні умови опанування VR військовими психологами. *Педагогічна інноватика: сучасність та перспективи*. 2024. № 4. С. 105–110. URL: <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/ped/article/view/1014/1119> (дата звернення: 03.03.2026)
4. Шепель А. І., Горошко В. І. Використання інноваційних методик віртуальної реальності у фізичній терапії пацієнтів із травмами опорно-рухового апарату. *Rehabilitation & Recreation*. URL: <https://rehabrec.org/index.php/rehabilitation/article/view/415/358> (дата звернення: 03.03.2026).
5. Бригадир М. Б., Буняк Н. А., Надвичична Т. Л. Використання VR у психоконсультативній та психотерапевтичній роботі з клієнтами, в яких діагностовано тривожні розлади. *Habitus*. 2025. Вип. 74. URL: <https://habitus.od.ua/journals/2025/74-2025/68.pdf> (дата звернення: 03.03.2026).
6. Software as a Medical Device (SaMD) / U.S. Food and Drug Administration (FDA). URL: <https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health-center-excellence/software-medical-device-samd> (дата звернення: 03.03.2026)
7. Regulation (EU) 2017/745 of the European Parliament and of the Council on medical devices. *Official Journal of the European Union*. 2017. L 117. P. 1–175.
8. Kukharuk O., Tkalic K., Kamash N., Georgiou O. Effectiveness of immersive VR therapy in reducing stress-associated symptoms in Ukraine. *European Journal of Psychotraumatology*. 2025. 16(1): 2488097. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12016277/pdf/ZEPT_16_2488097.pdf (дата звернення: 03.03.2026)
9. Про затвердження Порядку психологічної реабілітації ветеранів війни, членів їх сімей та деяких інших категорій осіб : Постанова Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 № 497 (в редакції від 04.12.2024). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/497-2017-p> (дата звернення: 03.03.2026)

Покальчук Ірина Станіславівна
курсантка Військового інституту
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка (м. Київ, Україна)

Науковий керівник:

Бериславська Оксана Михайлівна,
кандидатка юридичних наук, доцентка,
доцентка кафедри військового права
факультету міжнародних відносин та права
ВІКНУ імені Тараса Шевченка.
(м. Київ, Україна)

СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНИЙ СУПРОВІД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ВЕТЕРАНІВ: НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ГАРАНТІЇ ТА ПРАКТИЧНІ ВИКЛИКИ

Актуальність теми зумовлена наслідками повномасштабної збройної агресії Російської Федерації проти України, яка призвела до значного зростання кількості поранених, контужених і психологічно травмованих військовослужбовців. За даними Міністерства оборони України, за підсумками 2025 року у закладах охорони здоров'я системи Міністерства оборони реабілітаційну допомогу отримали понад 33 тисячі військовослужбовців [12]. Водночас загальна кількість осіб, які набули статусу ветерана війни, станом на 1 березня 2026 року становить 1 761 405 осіб [4]. У цих умовах правове забезпечення лікування, реабілітації та соціально-медичного супроводу захисників України є одним із ключових елементів відновлення їх фізичного і психічного здоров'я, а також успішної соціальної реінтеграції.

Правову основу цих гарантій становлять норми Конституції України, які закріплюють право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [2], а також принципи гуманізму, соціальної держави і верховенства прав людини [2]. Серед спеціальних нормативно-правових актів центральне місце посідають Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [11], Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [10] та Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020

№1053-IX [15], який визначає правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації. Важливим кроком у розвитку законодавства стало прийняття за основу у грудні 2025 року законопроекту №13704 (постанова Верховної Ради України №4701-IX від 03.12.2025), який передбачає стовідсоткове державне фінансування лікування, реабілітації, протезування та соціально-медичного супроводу поранених військовослужбовців, ветеранів та осіб, звільнених з полону, без обмеження строків надання допомоги [6].

Чинне законодавство гарантує військовослужбовцям і ветеранам безоплатне лікування в закладах охорони здоров'я всіх форм власності до повного відновлення здоров'я [7]. Медична реабілітація здійснюється на первинному, вторинному та третинному рівнях і включає стаціонарну, амбулаторну, фізичну та психологічну допомогу відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» та Постанови Кабінету Міністрів України від 03.11.2021 №1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» [16], яка деталізує порядок надання реабілітаційної допомоги та роботу мультидисциплінарних команд. Особлива увага приділяється протезуванню сучасними високофункціональними виробами за повний рахунок держави. Для ветеранів запроваджено розширені пакети первинної медичної допомоги в рамках Програми медичних гарантій, які охоплюють поглиблену діагностику, стоматологічну допомогу, психологічну підтримку та профілактичні заходи. Особи, звільнені з полону, мають право на пріоритетне проходження військово-лікарської комісії та збереження грошового забезпечення протягом усього періоду лікування і реабілітації [3].

Соціально-медичний супровід передбачає комплексний мультидисциплінарний підхід до відновлення як фізичного, так і психологічного здоров'я. Він включає індивідуальну та групову психотерапію, когнітивно-поведінкову терапію, роботу мультидисциплінарних команд (лікарів, психологів, соціальних працівників, реабілітологів, ерготерапевтів) та системний моніторинг виконання індивідуальних планів реабілітації [1, с. 30–31]. Важливим підзаконним актом у цій сфері є Постанова Кабінету Міністрів України №1338 від 29.11.2022, яка затвердила поетапну (трирівневу) систему надання психологічної допомоги ветеранам війни

та членам їх сімей — від базової соціально-психологічної підтримки до комплексної медико-психологічної реабілітації. Крім того, Постанова КМУ №441 від 5 квітня 2022 р. врегулювала порядок направлення поранених військовослужбовців і ветеранів на лікування та реабілітацію за кордон [13; 14]. Фізична складова реабілітації додатково підтримується Державним соціальним стандартом фізкультурно-спортивної реабілітації, затвердженим Постановою КМУ від 17.11.2021 №1118 [17].

Наукові дослідження підкреслюють, що сучасні програми реабілітації повинні обов'язково поєднувати медичну, фізичну та психологічну складові, оскільки бойова травма майже завжди супроводжується посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), тривожними, депресивними станами та іншими психічними порушеннями [8, с. 62].

Крім того, важливим елементом правового регулювання є клінічні протоколи медичної допомоги при бойовій травмі, затверджені Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.02.2025 №253, які встановлюють сучасні стандарти лікування та реабілітації з урахуванням міжнародного досвіду [3].

Наукові публікації останніх років відзначають, що хоча законодавча база в цілому сформована на досить високому рівні, її практична реалізація стикається з низкою суттєвих труднощів. Незважаючи на певний прогрес, залишаються невирішеними ключові системні проблеми, зокрема: фрагментарність правового регулювання, дублювання повноважень між Міністерством охорони здоров'я, Міністерством у справах ветеранів та Міністерством оборони, відсутність єдиного інформаційного реєстру та недостатня координація надання допомоги [1, с. 32; 9, с. 28–29]. Крім того, психологічна реабілітація часто має обмежений характер через брак кваліфікованих спеціалістів, недостатнє фінансування довготривалих програм та слабку інтеграцію психологічних послуг у загальну систему охорони здоров'я [5; 8, с. 64–65]. Дослідження також фіксують проблеми з направленням на лікування за кордон і недостатнє використання міжнародного досвіду медико-психологічної реабілітації [8].

Таким чином, правові гарантії лікування, реабілітації та соціально-медичного супроводу військовослужбовців і ветеранів в Україні в умовах воєнного стану сформовані на досить високому

рівні та відповідають конституційним стандартам. Проте їх практична реалізація стикається зі значними системними труднощами, які постійно відзначають сучасні наукові дослідження. Подолання цих проблем шляхом удосконалення міжвідомчої координації, створення єдиних електронних реєстрів, збільшення фінансування та посилення підготовки фахівців залишається важливим завданням для ефективного відновлення здоров'я захисників України та їх подальшої соціальної реінтеграції.

Список використаних джерел

1. Іхваненко О.А., Новиков О.В., Глуценко А.М. Правове регулювання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям в період воєнного стану. *ScienceRise: Juridical Science*. 2024. № 2(28). с. 28–34 URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/bba029dd-4e4d-431b-af54-3b0215d9f1e9/content> (дата звернення: 02.04.2026)

2. Конституція України від 28.06.1996 №254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 02.04.2026)

3. Про затвердження клінічних протоколів за темою «Бойова травма»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.02.2025 №253. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-13-02-2025-253-pro-zatverdzhennya-novih-klinichnih-protokoliv-za-temoyu-bojova-travma> (дата звернення: 02.04.2026)

4. Міністерство у справах ветеранів України. Відповідь на інформаційний запит щодо кількості ветеранів війни станом на 01.03.2026. *Комерсант Український*. URL: <https://mva.gov.ua> (дата звернення: 02.04.2026)

5. Офіційний сайт Національної служби здоров'я України. Підтримка ветеранів у 2025 році. URL: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 02.04.2026)

6. Про прийняття за основу проекту Закону України №13704: Постанова Верховної ради України від 03.12.2025 №4701-ІХ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4701-20#Text> (дата звернення: 02.04.2026)

7. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році: Постанова КМУ від 24.12.2024 №1503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF#Text> (дата звернення: 02.04.2026)

8. Предместніков О.Г. Формування ефективної системи реабілітації військовослужбовців: правові виклики України та міжнародний досвід. *Нове українське право*. 2025. №5. с. 59–67. URL: <https://newukrainianlaw.in.ua/index.php/journal/article/view/865/794> (дата звернення: 02.04.2026)

9. Шевцова А.В. Правове забезпечення системи реабілітації військово-службовців: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку. Актуальні проблеми держави і права. 2025. Вип. 108. с. 201–205. URL: <https://apdp.in.ua/v108/24.pdf> (дата звернення: 02.04.2026)

10. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 №2011-ХІІ (зі змінами станом на 2026 рік). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text> (дата звернення: 02.04.2026)

11. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту: Закон України від 22.10.1993 №3551-ХІІ (зі змінами станом на 2025 рік). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text> (дата звернення: 02.04.2026)

12. Міністерство оборони України. Понад 33 тисячі військовослужбовців пройшли реабілітацію в медичних закладах Міноборони у 2025 році. URL: <https://mod.gov.ua> (дата звернення: 02.04.2026)

13. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб: Постанова КМУ від 29.11.2022 р. №1338. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-п> (дата звернення: 02.04.2026)

14. Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон: Постанова КМУ від 05.04.2022 р. №441. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2022-п> (дата звернення: 02.04.2026)

15. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 №1053-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20> (дата звернення: 02.04.2026)

16. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: Постанова КМУ від 03.11.2021 №1268 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-п> (дата звернення: 02.04.2026)

17. Про затвердження Державного соціального стандарту фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни, членів їх сімей та сімей загиблих (померлих) ветеранів війни: Постанова КМУ від 17.11.2021 №1188 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1188-2021-п> (дата звернення: 02.04.2026)

Салісов Андрій Миколайович,
здобувач вищої освіти факультету прокуратури
Національного юридичного університету
імені Ярослава Мудрого
(м. Харків, Україна)
Науковий керівник:

Дахова Ірина Іванівна,
кандидатка юридичних наук, доцентка
кафедри конституційного права
Національного юридичного університету
імені Ярослава Мудрого
(м. Харків, Україна)

СТАНДАРТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ У ЧАСИ ВОЄННОГО СТАНУ: ВИЗНАЧЕННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ ТА ГАРАНТІЇ ПРАВ ПАЦІЄНТА

У сучасних умовах розвитку цифрових технологій та трансформації системи охорони здоров'я особливого значення набуває впровадження нових форм надання медичної допомоги, зокрема телемедицини. Її активне впровадження розпочалося в період пандемії COVID-19 та значно посилилося в умовах воєнного стану в Україні, що зумовило інтенсивний розвиток дистанційних форм надання медичних послуг.

За визначенням, наведеним С. Булецою, телемедицина передбачає надання медичної допомоги з використанням інформаційно-комунікаційних технологій для дистанційного консультування, діагностики та лікування пацієнтів, що сприяє підвищенню доступності медичних послуг [1].

Разом із тим поширення телемедицини актуалізує питання дотримання стандартів медичної допомоги, визначення меж професійної відповідальності лікаря та забезпечення належного рівня гарантій прав пацієнта.

У зв'язку з цим постає необхідність дослідження стандартів медичної допомоги в умовах телемедицини для визначення відповідальності лікаря і забезпечення прав пацієнтів.

Питання дотримання стандартів в умовах телемедицини є предметом досліджень багатьох науковців, серед яких С. Булеца, Т. Ки-

риченко, Е. Твердохліб, О. Капітан, Х. Дідух, Л. Дубчак, П. Снісаренко, К. Римаренко, В. Короленко, В. Степаненко, В. Черемісіна та ін.

Метою роботи є аналіз стандартів медичної допомоги в умовах телемедицини з правової точки зору.

Як зазначають Т. Кириченко та Е. Твердохліб, телемедицина в Україні регулюється нормативно-правовими актами, зокрема наказами Міністерства охорони здоров'я, які визначають порядок її застосування у сфері охорони здоров'я. Базовим актом у цій сфері є наказ МОЗ України № 681 від 19.10.2015 р., який визначає телемедицину як комплекс дій та технологій для дистанційного надання медичної допомоги шляхом обміну електронними повідомленнями, а також встановлює організаційні засади її функціонування, зокрема вимоги до кабінетів телемедицини, порядок надання послуг та форми звітності [2].

Однак попри наявність нормативно-правового регулювання, впровадження телемедичних технологій супроводжується низкою правових проблем.

За позицією А. Худого, нормативно-правове регулювання телемедицини в Україні характеризується фрагментарністю та недостатньою узгодженістю [4].

У зв'язку з цим дистанційний формат надання медичної допомоги ускладнює повне дотримання встановлених стандартів, зокрема через недосконалість нормативно-правового регулювання та обмежені можливості лікаря щодо безпосереднього обстеження пацієнта.

Навіть в умовах дистанційного огляду лікар продовжує нести відповідальність за життя і здоров'я пацієнта. У дослідженні О. Капітана та Х. Дідуха зазначено, що телемедицина не виокремлюється в автономну галузь, а стає «цифровим серцем» сучасного медичного права, що вимагає перегляду інституту медичної відповідальності та врахування не лише особистої вини лікаря, а й технічних факторів, зокрема кіберризиків. [3].

Питання відповідальності за неналежне надання медичної допомоги є одним із найскладніших у медичному праві та залежить від наявності договірних відносин і характеру заподіяної шкоди.

Згідно з науковою літературою, можна виокремити кілька основних видів відповідальності. По-перше, за відсутності шкоди

здоров'ю пацієнта, навіть за наявності договору, підстави для цивільно-правових санкцій відсутні. По-друге, суто договірна відповідальність настає у разі порушення умов договору без заподіяння шкоди здоров'ю. По-третє, деліктна відповідальність виникає за наявності шкоди здоров'ю за відсутності укладеного договору. По-четверте, змішана відповідальність має місце тоді, коли пацієнту з укладеним договором завдано шкоди здоров'ю, внаслідок чого поєднуються договірні та деліктні підстави відповідальності. У разі смерті пацієнта відповідальність завжди має деліктний характер [3].

У сфері телемедицини доказування причинно-наслідкового зв'язку ускладнюється через можливі технічні збої, що потребує фіксації етапів надання допомоги в системі eHealth [3].

Аналіз сучасного нормативно-правового регулювання телемедицини в Україні свідчить про наявність суттєвих прогалин, які створюють правову невизначеність як для медичних працівників, так і для пацієнтів. Ключовою проблемою є відсутність чіткої юридичної диференціації між технічною помилкою системи та професійною помилкою лікаря. Чинне законодавство не дає однозначної відповіді на питання, хто повинен нести відповідальність у разі, якщо хибний діагноз або затримка в наданні допомоги були спричинені технічними збоями. Це створює ризик як безпідставного звинувачення лікаря у професійній недбалості, так і уникнення відповідальності медичним закладом через посилення на технічні обставини [3].

Крім того, законодавство не визначає процесуального статусу телемедичного висновку як доказу у судових справах, що ще більше ускладнює правове врегулювання відповідальності у сфері телемедицини [3]. У цьому контексті особливого значення набуває забезпечення прав пацієнта, які мають бути гарантовані незалежно від форми надання медичної допомоги.

Як зазначає С. Булеца, ключовим елементом забезпечення прав пацієнта є отримання інформованої згоди на проведення дистанційного консультування, що виступає передумовою правомірності медичного втручання [1].

Водночас вимога виключно письмової форми інформованої згоди є застарілою та часто ігнорується на практиці, що ставить під сумнів легітимність дистанційної медичної допомоги.

Як підкреслюють у своїй роботі О. Капітан та Х. Дідух, особливого значення також набуває забезпечення права пацієнта на захист персональних даних, оскільки передача медичної інформації електронними каналами підвищує ризики її витоку або несанкціонованого доступу [3].

Додатковою проблемою є відсутність чітких стандартів кібербезпеки для телемедичних платформ, що призводить до фактичного нівелювання лікарської таємниці та ускладнює контроль за витоком інформації і відшкодуванням шкоди.

Крім того, законодавство не врегульовує питання «права на забуття» та транскордонної передачі медичних даних, що набуває особливої актуальності при залученні іноземних консультантів та використанні міжнародних цифрових платформ.

Як зазначають у своїй роботі О. Капітан та Х. Дідух, подальший розвиток телемедицини потребує формування цілісної нормативної моделі, яка б забезпечувала баланс між технологічним розвитком і правовим захистом пацієнта [3].

Вирішення зазначених проблем можливе шляхом удосконалення нормативного регулювання, зокрема через запровадження механізмів розмежування відповідальності між медичними працівниками та постачальниками телемедичних послуг, а також легалізації цифрової форми інформованої згоди пацієнта.

У підсумку слід зазначити, що правове регулювання телемедицини в Україні перебуває у стані активного розвитку, що зумовлено як глобальними викликами, зокрема пандемією COVID-19, так і сучасними умовами воєнного стану. Зазначені фактори сприяли інтенсивному впровадженню телемедичних технологій та одночасно виявили низку суттєвих прогалин у нормативно-правовому забезпеченні цієї сфери.

Дослідження показало, що, попри наявність нормативної бази та застосування уніфікованих стандартів медичної допомоги, їх ефективна реалізація в умовах дистанційного надання послуг ускладнюється як об'єктивними обмеженнями телемедицини, так і недосконалістю правового регулювання. Це, у свою чергу, зумовлює проблеми у визначенні меж відповідальності лікаря та забезпеченні належного рівня захисту прав пацієнта. Разом із тим телемедицина в Україні поступово трансформується з експеримен-

тального напрямку у важливий елемент національної системи охорони здоров'я, що потребує подальшого вдосконалення нормативного регулювання.

Зокрема, необхідним є розроблення комплексного підходу до врегулювання питань відповідальності, захисту персональних даних та забезпечення реального, а не декларативного характеру прав пацієнтів в умовах цифровізації медичної допомоги.

Список використаних джерел

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

2. Кириченко Т. С., Твердохліб Е. Правове регулювання впровадження телекомунікацій в медичну практику. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Право. 2026. Т. 1. № 93. С. 239–246.

3. Капітан О. І., Дідух Х. В. Конституційно-правові засади реалізації права на медичну допомогу в умовах цифровізації: досвід впровадження телемедицини в Україні. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Право. 2026. Т. 1. № 93. С. 239–246.

4. Худий, Андрій. Нормативно-правові засади надання медичних послуг в Україні. *Молодий вчений*. № 3 (134), 2025. С. 149–154.

Сірко Назар Олександрович
здобувач вищої освіти юридичного факультету
Національний університет біоресурсів
і природокористування України
(м. Київ, Україна)
Науковий керівник:

Стасюк Надія Андріївна,
PhD зі спеціальності 081 «Право»,
доцентка кафедри адміністративного та фінансового права
Національного університету біоресурсів
і природокористування України
(м. Київ, Україна)

ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА БЕЗОПЛАТНЕ ЛІКУВАННЯ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Право військовослужбовців на безоплатне лікування є складовою конституційного права на охорону здоров'я та водночас спеціальною соціально-правовою гарантією для осіб, які виконують обов'язок із захисту держави. Стаття 49 Конституції України встановлює, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, а Конституційний Суд України у Рішенні від 29 травня 2002 року № 10-рп/2002 роз'яснив, що така допомога має надаватися у повному обсязі, необхідному для збереження або відновлення здоров'я особи [1; 2]. Отже, щодо військовослужбовців ідеться не про пільгу факультативного характеру, а про юридично гарантоване право, реалізація якого має забезпечуватися державою в умовах особливого правового режиму та підвищених ризиків для життя і здоров'я.

Нормативну основу реалізації цього права становлять не лише конституційні положення, а й спеціальне законодавство. Основи законодавства України про охорону здоров'я закріплюють державний захист права на охорону здоров'я, право кожного на безоплатне отримання екстреної, первинної, спеціалізованої та паліативної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також визначають бюджетні засади фінансового забезпечення медичної та реабілітаційної допомоги [3]. Спеціальний Закон України «Про соціальний і правовий захист військово-

вослужбовців та членів їх сімей» деталізує ці гарантії, передбачаючи право військовослужбовців на безоплатну медичну допомогу у військово-медичних закладах охорони здоров'я, а за відсутності таких закладів, відповідних відділень, ліжко-місць, спеціального обладнання або у невідкладних випадках — у державних чи комунальних закладах охорони здоров'я за рахунок програми державних гарантій медичного обслуговування населення або інших бюджетних програм [4; 5].

Попри достатньо розгалужене нормативне регулювання, на практиці реалізація права на безоплатне лікування для військовослужбовців супроводжується низкою проблем. Першою з них є фрагментарність правового регулювання. Відповідні норми містяться у Конституції України, основах законодавства про охорону здоров'я, спеціальному законі про соціальний захист військовослужбовців, актах Кабінету Міністрів України, наказах Міністерства оборони України щодо військово-лікарської експертизи, лікування, реабілітації та санаторно-курортного забезпечення [1; 3; 4; 6; 7]. Така багаторівнева система ускладнює практичне застосування гарантій, оскільки військовослужбовець фактично залежить не лише від наявності права, а й від узгодженості дій командування, військово-медичних закладів, цивільних закладів охорони здоров'я та органів, що здійснюють фінансування відповідних послуг.

Другою проблемою є розрив між проголошенням безоплатності та фактичним механізмом доступу до лікування. Закон передбачає можливість отримання медичної допомоги у державних або комунальних закладах охорони здоров'я, якщо військово-медичний заклад відсутній або не має необхідних ресурсів [4]. Однак сама така конструкція свідчить, що реальне забезпечення права залежить від територіальної доступності закладу, наявності вільних місць, обладнання, належної маршрутизації пацієнта та своєчасного фінансування послуг за програмою медичних гарантій [4; 5]. За цих умов право на безоплатне лікування може набувати ознак «умовної безоплатності», коли юридична гарантія існує, але її практична реалізація обтяжується організаційними бар'єрами. Особливо гостро це проявляється у випадках складного поранення, потреби у високоспеціалізованій допомозі, тривалому стаціонарному лікуванні або етапній реабілітації.

Третьою проблемою є надмірна процедурність окремих етапів оформлення лікування та відновлення. Чинне законодавство пов'язує низку правових наслідків із висновками військово-лікарської комісії, зокрема питання надання відпустки для лікування у зв'язку з хворобою або після поранення [4]. Водночас порядок військово-лікарської експертизи врегульований окремим наказом Міністерства оборони України № 402, який залишається одним із ключових актів у цій сфері [6]. Це дає підстави констатувати, що від швидкості та якості проходження військово-лікарських процедур залежить не лише встановлення придатності до служби, а й своєчасність продовження лікування, реабілітації, оформлення відпустки та подальшого соціального захисту. За умов воєнного стану така залежність створює ризик бюрократизації процесу медичного забезпечення поранених і хворих військовослужбовців.

Четвертою проблемою слід визнати недостатню цілісність підходу до лікування, медико-психологічної реабілітації та подальшого відновлення військовослужбовця. Законодавство вже містить положення про безоплатну психологічну допомогу, можливість направлення на лікування або медико-психологічну реабілітацію за кордон, а також про фінансування реабілітаційної допомоги за рахунок бюджетних коштів [3; 4; 7]. Крім того, у Збройних Силах України окремо діє спеціальна інструкція щодо організації санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації [8]. Проте саме розміщення цих елементів у різних нормативних актах і в різних відомчих контурах свідчить про відсутність єдиного завершеного маршруту пацієнта — від первинної допомоги після поранення до завершення реабілітації та повернення до служби або переходу до системи ветеранської підтримки. У таких умовах безоплатність лікування не завжди означає безперервність лікувального процесу.

Окремо слід наголосити, що конституційний зміст безоплатної медичної допомоги виключає перекладення основного тягара витрат на самого військовослужбовця. З урахуванням правової позиції Конституційного Суду України будь-які практики, за яких поранений або хворий військовослужбовець змушений самостійно забезпечувати критично необхідні діагностичні чи лікувальні компоненти у державному або комунальному закладі

охорони здоров'я, не узгоджуються з сутністю статті 49 Конституції України [1; 2]. Саме тому проблема реалізації права на безоплатне лікування полягає не стільки у відсутності правових гарантій, скільки у недостатній якості їх організаційного, фінансового та процедурного забезпечення.

Отже, ключовими проблемами реалізації права на безоплатне лікування для військовослужбовців є фрагментарність нормативного регулювання, ускладнена міжвідомча взаємодія, залежність доступу до допомоги від фактичної спроможності закладів охорони здоров'я, надмірна процедурність військово-лікарських механізмів та відсутність повної безперервності між лікуванням і реабілітацією. Вирішення цих проблем потребує не стільки проголошення нових прав, скільки вдосконалення єдиного механізму їх реалізації: спрощення маршруту військовослужбовця до медичної допомоги, цифровізації обміну медичними та службовими даними, чіткого розмежування фінансування між військово-медичною системою та цивільним сектором охорони здоров'я, а також нормативного закріплення безперервного супроводу військовослужбовця на всіх етапах лікування та відновлення. Лише за таких умов право на безоплатне лікування набуде не декларативного, а реального змісту.

Список використаних джерел

1. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 01.04.2026).

2. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) : Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 № 10-рп/2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v010p710-02> (дата звернення: 01.04.2026).

3. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2801-12> (дата звернення: 01.04.2026).

4. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 20.12.1991 № 2011-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2011-12> (дата звернення: 01.04.2026).

5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19> (дата звернення: 01.04.2026).

6. Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України : Наказ Міністерства оборони України від 14.08.2008 № 402. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08#Text> (дата звернення: 01.04.2026).

7. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1053-20> (дата звернення: 01.04.2026).

8. Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України : Наказ Міністерства оборони України від 04.11.2016 № 591. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z1538-16> (дата звернення: 01.04.2026).

9. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році : Постанова Кабінету Міністрів України від 31.12.2025 № 1808. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/1808-2025-%D0%BF> (дата звернення: 01.04.2026).

Товкач Ілона Андріївна,
курсантка Військового інституту Київського національного
університету імені Тараса Шевченка
(м. Київ Україна)

Науковий керівник:

Беспалько Андрій Олександрович,
доктор філософії, начальник кафедри соціальної
роботи у військах (силах) та військового капеланства
факультету військової психології та соціальної роботи
Військового інституту Київського національного
університету імені Тараса Шевченка,
полковник
(м. Київ Україна)

ПРАВОВИЙ СУПРОВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ТА ВИКЛИКИ ВОЄННОГО СТАНУ

Повномасштабна війна перетворила систему реабілітації військовослужбовців на один із найскладніших іспитів для української державності. Сьогодні це вже не просто медична процедура чи курс фізичних вправ — це справжній юридичний марафон, де кожен крок захисника від госпітального ліжка до повернення у соціум супроводжується викликами законодавства.

Правовий супровід у цій сфері має стати невидимою, але міцною бронєю, яка веде пораненого воїна кразь бюрократичні лабіринти [1].

Метою дослідження є не просто сухий переказ нормативів, а спроба розкрити живі механізми реабілітації, знайти точки «розриву» у взаємодії держави та ветерана і запропонувати модель, де закон працює на випередження, а не лише за фактом чергової скарги.

Коли ми занурюємося в нормативний фундамент, стає зрозуміло, що правове поле реабілітації тримається на потужних актах, серед яких ключове місце посідає Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [2]. Він закладає фундамент безоплатності та пріоритетності допомоги.

Разом із ним діють Закон « Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я » та фундаментальна Постанова КМУ №1495, яка на сьогодні є головним інструментом забезпечення військових протезуванням[4].

Проте головною проблемою залишається рошарованість цих норм: Міноборони опікується лікуванням, МОЗ встановлює стандарти послуг, а Мінсоцполітики через Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю керує фінансуванням. Така фрагментарність змушує військовослужбовця часто самостійно координувати цей складний процес, де кожне відомство має свої підзаконні акти, які не завжди узгоджуються між собою[3].

Сучасна реабілітація — це багатогранний процес, де фізичне відновлення та протезування є лише першим етапом. Тут ключовим нюансом є право на «вибір підвищеної функціональності».

Згідно з Постановою № 1495, військові мають право на протези, що втричі дорожчі за цивільні ліміти, проте юридична пастка часто криється в сервісному обслуговуванні: закон гарантує протез, але механізм швидкого ремонту або заміни комплектуючих після повернення в зону бойових дій все ще потребує вдосконалення [4].

Не менш важливою є психологічна реабілітація, де ключовим гравцем є програма Мінветеранів щодо надання послуг із психологічної допомоги, а також унікальні ініціативи, як-от проєкт «Лісова поляна» від МОЗ України, що спеціалізується на терапії контузій та ПТСР. Юридичним нюансом тут є право на сімейний супровід: Постанова КМУ № 1213 дозволяє членам родини отримувати допомогу разом із бійцем, що є критичним для довготривалого відновлення.

Ще одним важливим напрямом є соціально-трудова реабілітація. Тут діє механізм освітніх ваучерів, які дозволяють ветеранам безоплатно змінити фах, також програма «Варто» від Українського ветеранського фонду, що надає гранти на відкриття власної справи. Проте юридичним нюансом є збереження робочого місця: згідно зі ст. 119 КЗпП, за військовим зберігається посада, але якщо встановлюють інвалідність, виникає ризик звільнення за «невідповідність стану здоров'я». Правовий супровід має забезпечити розумне пристосування робочого місця, а не витіснення ветерана з ринку праці.

Організаційним ядром усіх цих процесів є Індивідуальна програма реабілітації. Це не просто перелік ліків, а юридичний документ, від якості заповнення якого залежить обсяг майбутніх державних гарантій [1].

Проте в ході реабілітації постає гостра правова проблема — криза статусу в період між звільненням та лікуванням. Йдеться про складний етап переходу, коли військовослужбовець уже не може виконувати бойові завдання через стан здоров'я, але ще не отримав офіційного наказу про звільнення. У цей час правовий супровід часто дає збій: виникають затримки з виплатами, а перебування «у розпорядженні командира» стає хиткою підставою для отримання допомоги в цивільних закладах. Юридична невизначеність цього періоду створює ситуацію, коли боєць нібито ще на службі, але фактично вже позбавлений повноцінного грошового забезпечення, що критично в умовах тривалої терапії.

Судова практика сьогодні є найгучнішим голосом у захисті цих прав. На разі масово оскаржуються рішення Військово-лікарських комісій, коли вони ігнорують реальний стан пораненого або висновки реабілітологів.

Судовий захист став єдиним виходом і у випадках бездіяльності військових частин щодо видачі «Довідки про обставини травми» — того самого юридичного ключа до статусів та виплат. Навіть фінансові гарантії, такі як виплата додаткової винагороди у 100 тисяч гривень під час відновлення, часто стають предметом судових розглядів, що підкреслює потребу в зміні підходу органів фінансового контролю [3].

Підбиваючи підсумок, варто зазначити, що правовий супровід реабілітації в Україні перебуває на стадії болісної трансформації. Попри наявність прогресивного законодавства та дієвих програм (від протезування до професійної перекваліфікації), їх реалізація часто розбивається об каміння міжвідомчої розрізненості.

Головним завданням держави має стати створення цілісної екосистеми, де юридична підтримка надається автоматично з моменту поранення через механізм «єдиного вікна». Тільки запровадження інституту спеціалізованих юристів безпосередньо в реабілітаційних центрах дозволить перетворити сухі букви закону на гідну подяку та реальну підтримку для кожного захисника нашої свободи.

Список використаних джерел

1. Аналітична доповідь щодо забезпечення реабілітації військовослужбовців в Україні. — К.: НІСД, 2023.
2. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 № 2011-ХІІ.
3. Литвин Н.А., Мацелюх І.А., Артеменко О.В. Сучасний стан нормативно-правового забезпечення прав медичних працівників в Україні. Науковий вісник УжНУ. Серія «Право». 2023. Вип. 76 (2). С. 230–235.
4. Постанова КМУ від 27.12.2022 № 1495 «Деякі питання забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації».

*Чайло Єлизавета Василівна,
здобувачка освіти Київського професійно-педагогічного
фахового коледжу імені Антона Макаренка
(м. Київ, Україна)*

Науковий керівник:

*Муляр Галина Володимирівна,
докторка юридичних наук, професорка,
викладач-методист циклової комісії юридичних дисциплін
Київського професійно-педагогічного фахового коледжу
імені Антона Макаренка
(м. Київ, Україна)*

ПРАВОВІ ГАРАНТІЇ ЛІКУВАННЯ, РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ВЕТЕРАНІВ

В умовах повномасштабної збройної агресії проти України питання забезпечення ефективного доступу до медичної допомоги набуває особливої соціально-правової значущості. Зростання кількості поранених військовослужбовців, осіб з інвалідністю внаслідок війни та ветеранів актуалізує необхідність удосконалення правових гарантій у сфері охорони здоров'я. Водночас трансформація системи медичного забезпечення в умовах воєнного стану вимагає переосмислення існуючих підходів до правового регулювання, з урахуванням сучасних викликів, міжнародних стандартів та потреб післявоєнного відновлення.

Забезпечення належного рівня медичної допомоги особам, які виконують конституційний обов'язок щодо захисту держави, є одним із ключових напрямів державної політики в умовах воєнного стану. Право на охорону здоров'я, закріплене у статті 49 Конституції України, в сучасних умовах трансформується у комплексний правовий інститут, що поєднує медичні, соціальні та адміністративні гарантії [1].

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю адаптації медичного права до викликів воєнного часу, зокрема у сфері медичної експертизи, реабілітації та соціального захисту військовослужбовців і ветеранів [2, с. 45]. Метою роботи є аналіз нормативно-правових гарантій доступу до медичної допомоги та об-

ґрунтування мультидисциплінарного підходу до реабілітації зазначеної категорії осіб.

Правові гарантії доступу до медичної допомоги базуються на ієрархічній системі нормативно-правових актів. Ключове значення має Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», який передбачає право на безоплатну медичну допомогу у військово-медичних закладах [3]. Водночас законодавство зобов'язує державні та комунальні заклади охорони здоров'я забезпечувати надання медичних послуг військовослужбовцям у разі відсутності профільних медичних установ. Загальні гарантії також закріплені в Основах законодавства України про охорону здоров'я, які визначають обов'язок надання медичної допомоги, зокрема у невідкладних станах [4].

Окрему групу гарантій становлять норми законодавства щодо соціального захисту ветеранів війни. Відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», учасники бойових дій та особи з інвалідністю внаслідок війни мають право на безоплатне забезпечення лікарськими засобами, санаторно-курортне лікування та інші види медичної допомоги [5]. Важливим є також поширення зазначених гарантій на членів сімей загиблих військовослужбовців.

Суттєву роль у реалізації права на медичну допомогу відіграють механізми медичної експертизи. Діяльність військово-лікарських комісій регулюється відповідними підзаконними актами та має визначальне значення для встановлення придатності до служби і визначення причинного зв'язку між пораненням та виконанням військового обов'язку [6]. Водночас складність процедур оскарження рішень таких комісій потребує вдосконалення правового регулювання [7, с. 18].

Не менш важливим є функціонування системи медико-соціальної експертизи, яка встановлює ступінь втрати працездатності та групу інвалідності [8]. У контексті реформування цієї системи особливого значення набуває забезпечення прозорості процедур та недопущення корупційних ризиків.

Важливим напрямом державної політики є розвиток системи медичної реабілітації. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» передбачає впровадження індивідуальних реа-

білітаційних планів та мультидисциплінарного підходу до відновлення функціонального стану особи [9]. Особливого значення набуває також психологічна допомога, що регулюється законодавством про психіатричну допомогу [10].

У сучасних умовах значну роль відіграє цифровізація системи охорони здоров'я. Використання електронної системи охорони здоров'я (eHealth) сприяє підвищенню доступності медичних послуг та ефективності їх надання [11]. Запровадження електронних сервісів, зокрема механізмів направлення на лікування за кордон, також є важливим елементом державної політики [12].

Окремої уваги потребує забезпечення прав членів сімей військовослужбовців. Законодавство у сфері соціальних послуг передбачає надання соціального супроводу, грошових компенсацій та інших гарантій [13].

Аналіз правових гарантій доступу до медичної допомоги дозволяє констатувати необхідність їх подальшого вдосконалення, зокрема шляхом систематизації законодавства, розвитку цифрових інструментів, посилення міжвідомчої взаємодії та підвищення ефективності механізмів контролю. Перспективним напрямом є також кодифікація норм у єдиний Медичний кодекс України.

Отже, забезпечення доступу до медичної допомоги військовослужбовців і ветеранів в умовах воєнного стану є складним багаторівневим процесом, що потребує комплексного правового регулювання та подальшого вдосконалення.

Список використаних джерел

1. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-vr> (дата звернення: 08.04.2026).
2. Литвин Н. А., Мацелюх І. А., Артеменко О. В. Сучасний стан нормативно-правового забезпечення прав медичних працівників та пацієнтів. Юридичний вісник. 2023. № 4. С. 45–58. URL: <http://yurvisnyk.onua.edu.ua/> (дата звернення: 08.04.2026).
3. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 № 2011-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12> (дата звернення: 08.04.2026).
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 08.04.2026).

5. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту: Закон України від 22.10.1993 № 3551-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12> (дата звернення: 08.04.2026).

6. Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України: Наказ МОУ від 14.08.2008 № 402. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08> (дата звернення: 08.04.2026).

7. Ковальчук О. В. Правові аспекти медичної та психологічної реабілітації військовослужбовців. Медичне право. 2024. № 1. С. 12–25. URL: <http://medicallaw.org.ua> (дата звернення: 08.04.2026).

8. Питання медико-соціальної експертизи: Постанова КМУ від 03.12.2009 № 1317. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-п> (дата звернення: 08.04.2026).

9. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20> (дата звернення: 08.04.2026).

10. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 № 1489-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14> (дата звернення: 08.04.2026).

11. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 08.04.2026).

12. Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон: Постанова КМУ від 05.04.2022 № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2022-п> (дата звернення: 08.04.2026).

13. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19> (дата звернення: 08.04.2026).

Чапська Олександра Сергіївна
здобувачка вищої освіти юридичного факультету
Національного університету біоресурсів
і природокористування України
(м. Київ, Україна)
Науковий керівник:

Стасюк Надія Андріївна
PhD зі спеціальності 081 «Право», доцентка
кафедри адміністративного та фінансового права
Національного університету біоресурсів
і природокористування України
(м. Київ, Україна)

ДОСТУП ВЕТЕРАНІВ ДО ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ

Сучасний етап розвитку України характеризується значним зростанням кількості ветеранів війни, що обумовлено тривалим збройним конфліктом. У цих умовах забезпечення доступу ветеранів до якісних медичних послуг стає одним із ключових завдань державної політики та важливою складовою військового права. Реалізація цього права безпосередньо впливає на стан здоров'я ветеранів, їх соціальну адаптацію та інтеграцію у цивільне життя.

Правові засади медичного забезпечення ветеранів визначаються Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», який, зокрема, гарантує учасникам бойових дій безплатне одержання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та виробів медичного призначення за рецептами лікарів, а також першочергове обслуговування в лікувально-профілактичних закладах, аптеках та першочергова госпіталізація [1, ст. 12]. Аналогічні гарантії (безплатне зубопротезування, забезпечення протезами та реабілітаційними засобами) встановлено для осіб з інвалідністю внаслідок війни [1, ст. 13]. У межах зазначеного закону держава гарантує ветеранам право на безоплатну медичну допомогу, що реалізується через Програму медичних гарантій. У 2025–2026 роках відбулося розширення переліку медичних послуг, зокрема включення стоматологічної допомоги,

протезування, психологічної підтримки та реабілітації, що свідчить про позитивну динаміку розвитку системи.

Разом із тим, сучасна практика реалізації цих гарантій свідчить про наявність суттєвих проблем. Однією з них є нерівномірність доступу до медичних послуг залежно від територіального розташування. У великих містах функціонує значна кількість медичних закладів, що мають договори з Національною службою здоров'я України, тоді як у сільській місцевості та віддалених регіонах доступ до спеціалізованої допомоги є обмеженим. Це призводить до фактичної нерівності у реалізації прав ветеранів.

Водночас, за інформацією Міністерства у справах ветеранів України, у 2026 році запроваджено безкоштовне зуболікування та зубопротезування для ветеранів та ветеранок як важливу складову розширення медичних гарантій [2].

Суттєвою проблемою є також дефіцит спеціалізованих медичних кадрів. Особливо це стосується фахівців у сфері реабілітації, військової психології та лікування бойових травм. Недостатня кількість таких спеціалістів ускладнює процес відновлення ветеранів та знижує ефективність медичної допомоги [3].

У фінансовому забезпеченні важливим аспектом є забезпечення системи охорони здоров'я. Незважаючи на розширення державних гарантій, фінансування високовартісних медичних послуг, таких як складне протезування, тривала реабілітація та лікування психічних розладів, залишається недостатнім. У результаті частина послуг є формально гарантованою, але не завжди доступною у повному обсязі. Не менш важливим є питання організаційних бар'єрів. Процедури отримання медичних послуг часто є складними та потребують значної кількості документів і підтверджень. Це створює додаткові труднощі для ветеранів, особливо для осіб із тяжкими пораненнями або психічними травмами.

Окремо слід відзначити відсутність належної координації між медичними, соціальними та психологічними службами. Така фрагментарність системи призводить до того, що ветеран не отримує комплексної допомоги, необхідної для повноцінного відновлення.

У 2026 році впроваджується механізм довготривалого медичного догляду, що є важливим кроком у напрямі створення комплексної системи медичного забезпечення. Цей підхід передбачає

безперервність медичної допомоги та орієнтований на підтримку ветеранів із хронічними захворюваннями або тяжкими травмами.

Подальший розвиток системи медичного забезпечення ветеранів потребує комплексного підходу. Важливим напрямом є підвищення рівня фінансування медичних програм та удосконалення механізмів розподілу ресурсів. Необхідним є розвиток мережі реабілітаційних центрів, що дозволить забезпечити належний рівень відновлення ветеранів після поранень.

Особливу увагу слід приділити підготовці спеціалізованих медичних кадрів, а також впровадженню сучасних методів лікування та реабілітації. Використання міжнародного досвіду у цій сфері може сприяти підвищенню якості медичних послуг. Зокрема, у Сполученому Королівстві завдяки Armed Forces Covenant ветерани отримують пріоритетний доступ до спеціалізованої допомоги через Національну службу здоров'я (NHS), включаючи програми Op COURAGE (психологічна підтримка) та Op RESTORE (фізична реабілітація, протезування та відновлення), з рекордним фінансуванням у 38 млн фунтів стерлінгів на 2025–2026 роки [4]. Адаптація таких механізмів (комплексна координація, пріоритетне фінансування та навчання кадрів) може стати ефективним інструментом для України.

Важливим інструментом підвищення доступності медичних послуг є цифровізація системи охорони здоров'я. Запровадження електронних реєстрів, автоматизація процесів підтвердження статусу ветерана та спрощення процедур отримання медичних послуг дозволять зменшити адміністративні бар'єри.

Перспективним напрямом є впровадження системи комплексного супроводу ветеранів, яка передбачає координацію всіх видів допомоги. Такий підхід забезпечує безперервність лікування, підвищує його ефективність та сприяє швидкій соціальній адаптації.

Таким чином, забезпечення доступу ветеранів до якісних медичних послуг є складним і багатогранним завданням, що потребує системних змін. Незважаючи на позитивні зрушення у законодавстві та практиці його реалізації, існує низка проблем, які потребують подальшого вирішення. Розвиток комплексної, доступної та ефективної системи медичного забезпечення ветеранів має стати одним пріоритетів державної політики України.

Список використаних джерел

1. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту: Закон України від 22.10.1993 № 3551-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12> (дата звернення: 29.03.2026).

2. Міністерство у справах ветеранів України. Офіційний сайт. URL: <https://mva.gov.ua> (дата звернення: 29.03.2026).

3. Гришук Б.А. Адміністративно-правове регулювання медичного забезпечення військовослужбовців. *Social Law*. 2025. URL: <https://soclaw.com.ua/index.php/journal/article/view/1306> (дата звернення: 29.03.2026).

4. UK Government. Government spends record levels to support our veterans (26 January 2026). URL: <https://www.gov.uk/government/news/government-spends-record-levels-to-support-our-veterans> «переклад з англ.» (дата звернення: 29.03.2026).

Чижмак Уляна Вікторівна,
здобувачка вищої освіти
Дніпровського національного університету
імені Олеся Гончара
(м. Дніпро, Україна)
Науковий керівник:

Капітаненко Наталія Петрівна
докторка юридичних наук, доцентка,
доцентка кафедри теорії держави і права,
конституційного права та державного управління
Дніпровського національного університету
імені Олеся Гончара
(м. Дніпро, Україна)

ГАРАНТІЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Конституція України визнає здоров'я людини однією з найвищих соціальних цінностей (ст. 3), а право на медичну допомогу одним із ключових конституційних прав (ст. 49) [1]. Сучасна трансформація системи охорони здоров'я в Україні, перехід від бюджетного утримання лікарень до оплати послуг через Національну службу здоров'я України (НСЗУ), докорінно змінили механізм реалізації права на медичну допомогу. В умовах воєнного стану питання доступності та якості медицини набуло критичного значення. Руйнування інфраструктури та міграція населення створюють нові виклики для системи гарантій, що потребує детального правового аналізу.

Дослідженню питання гарантій права на медичну допомогу приділено багато уваги такими вченими, як: Т. Блащук, Р. Гревцова, О. Гуменюк, С. Булеца, О. Кашинцев, З. Надюк, І. Сенюта, В. Пашков та ін.

Мета роботи полягає у дослідженні гарантій права на медичну допомогу та визначенні проблем забезпечення цього права в умовах воєнного стану на основі аналізу нормативно-правових актів, літературних джерел та правозастосовної практики.

Відповідно до ст. 49 Конституції України держава зобов'язана створювати умови для ефективного та доступного медичного обслуговування населення. Конституційні гарантії мають базовий

характер і визначають стратегічні напрями державної політики у сфері охорони здоров'я.

Законодавчі гарантії реалізації права на медичну допомогу закріплені в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-XII, який визначає права пацієнтів, обов'язки медичних працівників та порядок надання медичної допомоги [2], Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. № 5081-VI, який регулює організаційно-правові засади забезпечення громадян України екстреною медичною допомогою [3]. Водночас Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII встановлює правовий механізм реалізації цього права через програму медичних гарантій [4].

В юридичній літературі та законодавстві України розмежовують два взаємопов'язані, але відмінні поняття: «право на охорону здоров'я» та «право на медичну допомогу». Право на охорону здоров'я є більш ємним поняттям, яке включає: безпечне для життя і здоров'я довкілля; санітарно-епідемічне благополуччя територій; безпечні умови праці та побуту; якісне харчування та питна вода; пропаганда здорового способу життя. Тобто, реалізація права на охорону здоров'я залежить не лише від медиків, а й від екологічних служб, роботодавців та самої держави в цілому.

Медична допомога — це діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами (ст. 1) [2]. Аналіз чинного законодавства надав можливість встановити структуру права на медичну допомогу: право на ефективне та доступне медичне обслуговування, в тому числі на безоплатну медичну допомогу; право на вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до рекомендацій лікаря і закладу охорони здоров'я; право на медичну інформацію; право на таємницю про стан здоров'я; право на інформовану добровільну згоду на медичне втручання та право на відмову від такого втручання; право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівни-

ків, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса, адвоката, священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду [5, с. 72].

Фінансове забезпечення права на медичну допомогу здійснюється за рахунок коштів державного бюджету, що є необхідною умовою його реальної реалізації. Науковці справедливо зазначають, що фінансування медичної допомоги виступає ключовою гарантією доступності медичних послуг для населення [6, с. 112].

Реалізація права на медичну допомогу забезпечується діяльністю уповноважених органів публічної влади, зокрема Міністерства охорони здоров'я України та Національної служби здоров'я України, а також функціонуванням мережі закладів охорони здоров'я.

Право на медичну допомогу гарантується кожному незалежно від соціального статусу, майнового стану, місця проживання чи інших ознак, що відповідає принципу рівності та недискримінації, закріпленому в національному та міжнародному праві. Дотримання клінічних протоколів, стандартів медичної допомоги та ліцензійних умов є важливою гарантією належної якості та безпеки медичної допомоги.

Важливою гарантією реалізації права на медичну допомогу є можливість судового захисту порушених прав, а також звернення до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Практика судового захисту соціальних прав відіграє значну роль у формуванні стандартів їх реалізації.

Запровадження правового режиму воєнного стану в Україні стало суттєвим викликом для функціонування національної системи охорони здоров'я та зумовило необхідність оперативного перегляду й адаптації нормативно-правового регулювання з метою забезпечення безперервного надання медичної допомоги населенню. Збройна агресія негативно вплинула не лише на стан медичної інфраструктури, значна частина якої зазнала руйнувань, але й спричинила масштабне внутрішнє переміщення населення, що істотно ускладнило доступ громадян до звичних механізмів отримання медичних послуг.

У відповідь на зазначені виклики Міністерство охорони здоров'я України спільно з Національною службою здоров'я України

ініціювали впровадження низки спрощених процедур реалізації права на медичну допомогу. Однією з ключових змін стало запровадження принципу екстериторіальності надання первинної медичної допомоги для внутрішньо переміщених осіб. Відповідно до внесених нормативних змін, особи, які були змушені змінити місце проживання, отримали можливість звертатися до будь-якого закладу первинної медичної допомоги без обов'язку розірвання раніше укладеної декларації або оформлення нової. Це дало змогу значній кількості громадян безперешкодно отримувати медичні консультації, рецепти в межах програми «Доступні ліки», а також направлення до лікарів-спеціалістів незалежно від місця реєстрації.

Особливої значущості в умовах воєнного стану набуло питання медичної реабілітації. Держава розширила Програму медичних гарантій, доповнивши її новими пакетами послуг, спрямованими на комплексну реабілітацію як військовослужбовців, так і цивільних осіб, які зазнали шкоди внаслідок бойових дій. Водночас реалізація права на медичну допомогу в умовах війни супроводжується низкою системних проблем. Зокрема, масштабні руйнування об'єктів медичної інфраструктури мають безпрецедентний характер, що фактично унеможлиблює повноцінне здійснення права на охорону здоров'я для населення постраждалих регіонів і водночас створює надмірне навантаження на заклади охорони здоров'я в тилкових областях.

Отже, право на медичну допомогу в Україні є фундаментальним правом людини та громадянина. В умовах воєнного стану національна система охорони здоров'я продемонструвала високу адаптивність.

Список використаних джерел

1. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

3. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>

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

5. Хорошенко О.В., Доценко О.О. Право на медичну допомогу: окремі аспекти правового регулювання. *Нове українське право*. 2022. Вип. 1. С. 71–75.

6. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України: Підручник / За заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка. — К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. 507 с.

Ярова Тетяна Олексіївна,
курсантка Військового інституту Київського
національного університету імені Тараса Шевченка
(м. Київ, Україна)

Науковий керівник:

Беспалько Андрій Олександрович,
доктор філософії, начальник кафедри
соціальної роботи у військах (силах)
та військового капеланства факультету
військової психології та соціальної роботи
Військового інституту Київського національного
університету імені Тараса Шевченка, полковник
(м. Київ, Україна)

МЕХАНІЗМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОЦЕСУ ПРОТЕЗУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Повномасштабна збройна агресія росії проти України спричинила безпрецедентне зростання кількості військовослужбовців, які зазнали тяжких поранень. Це підвищує потребу у формуванні ефективної системи правового регулювання протезування, як складової медичної реабілітації та соціального захисту військових і ветеранів.

Протезування в сучасних умовах виходить за межі суто медичної процедури, перетворюючись на комплексний процес, що включає правові, організаційні, соціальні та фінансові механізми забезпечення. Недосконалість нормативно-правової бази, фрагментарність регулювання та наявність бюрократичних бар'єрів актуалізують необхідність наукового осмислення відповідних механізмів та їх удосконалення [1].

Метою дослідження є комплексний аналіз механізмів правового регулювання процесу протезування військовослужбовців в Україні та визначення напрямів їх вдосконалення з урахуванням сучасних викликів.

Правове регулювання процесу протезування здійснюється на основі комплексу нормативно-правових актів різного рівня. Ключовими серед них є: Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [2], Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [3], Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [4].

Відповідно до чинного законодавства, держава гарантує військовослужбовцям безоплатне забезпечення протезно-ортопедичними виробами, а також компенсацію витрат на протезування, у тому числі за кордоном [5].

Разом з тим, правове регулювання характеризується розшираністю, оскільки норми, які стосуються протезування, містяться у різних актах, що ускладнює їх практичне застосування.

Організаційно-правові механізми забезпечення протезування військовослужбовців в Україні формуються як комплексна система взаємодії державних органів, медичних установ та суб'єктів господарювання, які надають протезно-ортопедичні послуги. Вказаний механізм має міжгалузевий характер і поєднує норми адміністративного, соціального та медичного права, що зумовлює складність його реалізації на практиці.

Ключовою особливістю є багаторівневість процедур, яка охоплює первинне встановлення потреби у протезуванні і подальше забезпечення особи відповідними технічними засобами реабілітації. При цьому правове регулювання передбачає обов'язкове проходження низки формалізованих етапів, пов'язаних із медичним обстеженням, оформленням відповідних статусів, погодженням індивідуальних програм реабілітації та прийняттям рішень уповноваженими органами. Така процедура, попри її нормативну обґрунтованість, на практиці нерідко створює надмірне навантаження на військовослужбовців.

Функціонування організаційно-правового механізму забезпечується через розподіл повноважень між різними суб'єктами публічної адміністрації, зокрема органами сектору безпеки і оборони, системою охорони здоров'я та органами соціального захисту. Водночас відсутність чітко визначеного координаційного центру призводить до дублювання функцій, фрагментарності управлінських рішень і зниження ефективності надання послуг. Практика свідчить, що військовослужбовець часто змушений самостійно координувати власний маршрут отримання протезування, що суперечить принципу державних гарантій доступності реабілітаційних послуг [6].

В умовах російсько-Української війни відбулося певне спрощення окремих процедур, зокрема щодо направлення на протезування.

зування за кордон та прискорення прийняття рішень щодо фінансування. Однак ці зміни мають переважно ситуативний характер і не закріплені на нормативному рівні, що створює ризики правової невизначеності.

Фінансово-правові гарантії протезування військовослужбовців в Україні становлять основу реального забезпечення права на медичну реабілітацію та соціальний захист, оскільки саме від ефективності фінансових механізмів залежить доступність і якість протезно-ортопедичної допомоги.

Чинне законодавство передбачає фінансування протезування за рахунок державного бюджету. Через відповідні бюджетні програми у сфері соціального захисту та охорони здоров'я. Водночас правовий механізм включає можливість компенсації витрат на протезування, у тому числі у випадках отримання послуг за межами України, що є важливим інструментом доступу до сучасних технологій, які ще не в повному обсязі представлені у державній системі [7].

Разом з тим, фінансово-правове забезпечення характеризується рядом системних проблем. Зокрема, на практиці спостерігається невідповідність між задекларованими гарантіями та фактичними обсягами фінансування, що зумовлено обмеженістю бюджетних ресурсів та процедур їх розподілу.

Окремою проблемою є встановлення граничних сум компенсації, які не завжди відповідають реальній вартості сучасних протезно-ортопедичних виробів, особливо біонічних протезів. Це створює ситуацію, коли частина витрат перекладається на самого військовослужбовця або компенсується за рахунок благодійних і міжнародних програм, що фактично свідчить про часткову делегацію державних функцій недержавному сектору.

З огляду на викладене, удосконалення фінансово-правових гарантій протезування має передбачати перехід від формального декларування прав до їх реального забезпечення, що можливе шляхом запровадження довгострокових фінансових програм, підвищення граничних сум компенсації відповідно до ринкових цін, а також створення прозорих і оперативних механізмів фінансування, орієнтованих на потреби військовослужбовців.

Соціально-правовий аспект протезування військовослужбовців виходить за межі суто медичного забезпечення та охоплює

комплекс гарантій, спрямованих на відновлення функціональної спроможності особи, її соціальної інтеграції та повернення до повноцінного життя. У цьому контексті протезування виступає лише одним із елементів ширшої системи реабілітації, яка включає фізичну, психологічну та соціально-професійну складові.

Чинне законодавство України передбачає створення індивідуальних програм реабілітації як основного інструменту реалізації прав військовослужбовців у цій сфері. Однак на практиці такі програми нерідко мають формальний характер і не враховують у повному обсязі індивідуальні потреби особи, зокрема рівень фізичної активності, психологічний стан та перспективи професійної реалізації. Це свідчить про недостатню ефективність правового механізму персоналізації реабілітаційних заходів.

Особливої уваги потребує питання довготривалого соціально-медичного супроводу, оскільки протезування не є одноразовою процедурою. Протези потребують регулярного обслуговування, корекції та заміни у зв'язку зі змінами фізичного стану військовослужбовців, що має бути належним чином забезпечено на державному рівні. Водночас чинна система не завжди гарантує безперервність такого супроводу, що негативно впливає на результати реабілітації.

В умовах російсько-Української війни значно зросла роль психологічної підтримки та соціальної адаптації військовослужбовців. Проте правове регулювання у цій сфері залишається фрагментарним і не забезпечує комплексного підходу до відновлення особи. Зокрема, недостатньо врегульованими залишаються питання професійної перекваліфікації, працевлаштування та інтеграції у цивільне життя після завершення служби.

Крім того, важливим елементом соціально-правового механізму є забезпечення доступності реабілітаційних послуг незалежно від місця проживання військовослужбовця.

Таким чином, соціально-правовий аспект реабілітації та супроводу військовослужбовців потребує системного вдосконалення, що має включати забезпечення індивідуалізації реабілітаційних програм, розвиток безперервного супроводу, посилення психологічної та професійної реінтеграції, а також створення рівного доступу до якісних послуг, що в сукупності сприятиме повноцінному відновленню та інтеграції військовослужбовців у суспільство.

Механізми правового регулювання протезування військово-службовців в Україні зазнали суттєвого розвитку під впливом умов російсько-Української війни, однак залишаються фрагментарними та недостатньо узгодженими. Ключовими проблемами є складність процедур, обмеженість фінансування та відсутність ефективної координації між суб'єктами реалізації. Подальше вдосконалення потребує системного підходу, спрямованого на спрощення механізмів, забезпечення стабільного фінансування та розвитку комплексного соціально-медичного супроводу.

Список використаних джерел

1. Аналітична доповідь щодо забезпечення реабілітації військовослужбовців в Україні. — К.: НІСД, 2023.
2. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 № 2011-ХІІ.
3. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV.
4. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту: Закон України від 22.10.1993 № 3551-ХІІ.
5. Постанова КМУ «Деякі питання забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1306-2023-п#Text>
6. Звіти Міністерства охорони здоров'я України щодо медичної реабілітації військових, 2023–2024 рр. https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Безбар%/27єрність/2024/03-2024/22-03-2024/Звіт%20про%20виконання%20МОЗ%20плану%20заходів.pdf?utm_source=chatgpt.com
7. Бюджетні програми щодо забезпечення протезування військовослужбовців: аналітичні матеріали Мінфіну України. https://www.mof.gov.ua/uk/news/minfin_u_i_kvartali_2025_roku_spriamovano_155 mln_grn_na_bezoplatne_zuboprotezuvannia_ta_zubolikuvannia_viiskovikh_i_veteraniv-5155?utm_source=chatgpt.com

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Анатолій БЕРЛАЧ, завідувач кафедри службового та медичного права Навчально-наукового інституту права Київського національного університету імені Тараса Шевченка, заслужений юрист України, доктор юридичних наук, професор;

Максим БІЛАН, заступник начальника Військового інституту Київського національного університету імені Тараса Шевченка, кандидат філологічних наук, доцент;

Тетяна КОЛОМОЄЦЬ, декан юридичного факультету Запорізького національного університету, заслужена юристка України, член-кореспондентка Національної академії правових наук України, докторка юридичних наук, професорка;

Наталія ЛИТВИН, директорка Навчально-наукового центру медичного права, професорка кафедри службового та медичного права Навчально-наукового інституту права, докторка юридичних наук, професорка;

Дмитро ЛУЧЕНКО, проректор з наукової роботи Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого, доктор юридичних наук, професор;

Алла МЕЛЬНИК, асистентка кафедри службового та медичного права Навчально-наукового інституту права, кандидатка юридичних наук;

Ірина ПІНЧУК, директорка Інституту психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка, президентка Асоціації психіатрів України, докторка медичних наук, професорка.

Наукове видання

**РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ:
ПРАВОВІ ГАРАНТІЇ
ТА МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ**

**Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції
(Київ, 7 квітня 2026 р.)**

*За загальною редакцією
А. І. Берлача, Н. А. Литвин, А. А. Мельник*

*Відповідальність за зміст публікацій, точність наведених фактів
та інших відомостей несуть автори.*

Електронне видання

Комп'ютерне верстання — *Думанецька С. С.*
Дизайн обкладинки — *Стецькова А. С.*

Підписано до друку 25.05.2026 р.
Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 14.2.
Наклад 300 прим. Зам. № 2805-26

*Видавець і виготовлювач ТОВ «Талком».
м. Київ, вул. Львівська, 23,
тел./факс (044) 424-40-69, 424-56-26.
E-mail: ukraine.vdk@email.ua.*

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4538 від 07.05.2013.