

**Київський національний університет імені Тараса Шевченка**  
**Міністерство освіти і науки України**

**Київський національний університет імені Тараса Шевченка**  
**Міністерство освіти і науки України**

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**КНЯЗЕВИЧ НАЗАР ВАСИЛЬОВИЧ**

Прим. № \_\_\_\_\_  
УДК 342.951: 61(477)

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИЙ СТАТУС МЕДИЧНИХ  
ПРАЦІВНИКІВ В УКРАЇНІ**

Спеціальність 081 – право  
Галузь знань 08 - право

Подається на здобуття наукового ступеня **доктора філософії**

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

\_\_\_\_\_ Н.В. Князевич

Науковий керівник:  
**Гревцова Радмила Юріївна,**  
кандидат юридичних наук, доцент

Київ – 2023

## АНОТАЦІЯ

**Князевич Н.В. Адміністративно-правовий статус медичних працівників в Україні.** – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 081 «Право». – Київський національний університет імені Т.Г. Шевченка, Київ, 2023.

Дисертація є комплексним дослідженням адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні.

Визначено авторський підхід до розуміння категорії «медичний працівник». Обґрунтовано визначення поняття «медичний працівник» як медичний персонал, що бере участь безперервно чи ситуативно у реалізації задач та цілей здійснення професійної діяльності у сфері охорони життя та здоров'я людини, в тому числі його порятунку в медичних закладах, формуваннях або в санітарних перевезеннях за умови підтвердження його кваліфікації та/або спеціалізації ліцензією та/або кваліфікаційним оцінюванням, критерії здійснення якого встановлені центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, із дотриманням вимог професійної (службової) етики надання медичних послуг.

Виділено нормативні особливості закріплення адміністративно-правового статусу медичного працівника в умовах реформи охорони здоров'я, що полягають у: активізації діяльності професійних медичних організацій – як прояву реалізації права медичних працівників на створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій; отриманні заробітної плати лікарями первинної ланки, виходячи з кількості закріплених за ними пацієнтів; підвищенні ступеня захисту персональних даних у системі «eHealth»; безперервності професійного розвитку лікарів; забезпеченні безперервності надання медичної допомоги в умовах воєнного стану.

Підкреслено, що реалізація змісту адміністративно-правового статусу медичного працівника вимагає встановлення нормативного підходу до розуміння правосуб'єктності осіб, зобов'язаних надавати екстрену медичну допомогу; первинну медичну допомогу; вторинну (спеціалізовану) допомогу; третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; паліативну допомогу; медичну реабілітацію. З врахуванням структури системи національного медичного права є необхідним розробка та запровадження спеціального законодавчого акту про встановлення змісту адміністративно-правового статусу медичних працівників.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в тому, що дисертація є одним із перших комплексних досліджень адміністративно-правового статусу медичних працівників, що дозволило визначити напрями його реалізації та захисту та сформулювати нові наукові положення та висновки, запропоновані особисто здобувачем, зокрема:

*уперше:*

- теоретичні положення щодо встановлення нормативно-правового змісту категорії «медичний працівник», що має враховувати як професійну спеціалізацію особи, сферу медичної діяльності, так і різновид посади медичного працівника та обумовлені нею обов'язки та компетенцію;

- обґрунтовано авторський підхід до визначення системи принципів професійної діяльності медичних працівників, де виокремлено людиноцентричні; соціально-правові; організаційно-правові; етико-правові принципи;

- доведено необхідність законодавчого закріплення обов'язку вжиття заходів із забезпечення медичного порятунку життя та здоров'я людини як елементу адміністративно-правового статусу медичних працівників;

*удосконалено:*

- підходи до здійснення нормативно-правового регулювання правовідносин у сфері охорони здоров'я на засадах акцентуації їх змісту шляхом

структурного відображення прав та інтересів пацієнтів, реалізація яких залежить від встановлення кола прав та обов'язків медичних працівників, включаючи як вчинення дій із надання медичної допомоги, так і наданням інших послуг, пов'язаних із забезпечення права особи на охорону здоров'я;

- пропозиції до чинного законодавства України із встановлення категорій «медичний нейтралітет» як основи для встановлення функціонального змісту їх адміністративно-правового статусу під час збройних конфліктів, та «медичний свідоцький імунітет» як гарантії звільнення медичних працівників від обов'язку надання свідчень у кримінальному провадженні, якщо це створює загрозу порушення виконання обов'язку збереження лікарської таємниці;

*дістали подальшого розвитку:*

- положення про визначення етапів історико-правового розвитку формування та становлення статусу медичного працівника, що характеризуються ситуативністю та каузальністю врегулювання стратегічних задач із нормативного закріплення прав, обов'язків та гарантій здійснення медичної діяльності;

- здійснення класифікації прав медичних працівників за критерієм сфери законодавчого регулювання (адміністративно-правові, трудо-правові, цивільно-правові права); за критерієм рівня законодавчого закріплення (конституційні, загальні та спеціальні права); за часом реалізації (права, що реалізуються в звичайних умовах; права, що реалізуються в надзвичайних умовах та умовах воєнного стану);

- вивчення зарубіжного досвіду реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників, що дозволило охарактеризувати структуру його реалізації на нормативному, інституційному та процедурному рівнях правозастосування;

- наукові підходи до реалізації ідеї реформування системи здійснення медичної діяльності в Україні, яка з врахуванням забезпечення нею здійснення функції держави із охорони громадського здоров'я, має спрямовуватися на

перегляд підходів до розуміння адміністративно-правового статусу медичних працівників як публічних службовців, що може бути відображено в окремому законодавчому акті «Про медичну службу України».

Основні положення, висновки та рекомендації, висловлені в роботі, можуть бути використані у:

– *законодавчій діяльності* – для вдосконалення нормативного та організаційного забезпечення реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні;

– *правозастосовній діяльності* – з метою покращення практичної діяльності реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні;

– *науково-дослідній діяльності* – як основа для подальшого теоретичного, практичного та праксеологічного пошуку вирішення проблем, пов'язаних з реалізацією та захистом адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні;

– *освітньому процесі* – під час викладання дисциплін «Медичне право», «Адміністративне право», «Службове право».

**Ключові слова:** адміністративний порядок, адміністративна процедура, адміністративні правовідносини, захист, медичний працівник, медичне право, медичні послуги, медична практика, медична допомога, правореалізація, публічне управління, публічний інтерес, право на охорону здоров'я.

## ABSTRACT

**Kniazevych N.V. Administrative and legal status of medical workers in Ukraine.** – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for the Doctor of Philosophy degree in specialty 081 "Law". – Kyiv Taras Shevchenko National University of Kyiv, 2023.

The dissertation carried out a comprehensive scientific study of the administrative and legal status of medical workers in Ukraine.

The author's approach to understanding the category "medical worker" is defined. The definition of the concept of "medical worker" as a doctor or other person who participates continuously or situationally in the implementation of the tasks and goals of professional medical activity or medical saving of life and health of a person in medical institutions, formations or in sanitary transportation is substantiated, subject to confirmation of his qualification and/or specialization by license and/or qualification assessment, the criteria for which are established by the central executive authority in the field of health care, in compliance with the requirements of professional (official) ethics in the provision of medical services.

The normative features of securing the administrative-legal status of a medical worker in the conditions of health care reform are highlighted, which are: activation of the activities of professional medical organizations - as a manifestation of the right of medical workers to create scientific medical societies, professional unions and other public organizations; receiving wages by primary care doctors, based on the number of patients assigned to them; increasing the degree of protection of personal data in the "eHealth" system; continuity of professional development of doctors; ensuring the continuity of the provision of medical care in conditions of martial law.

It is emphasized that the implementation of the content of the administrative-legal status of a medical worker requires the establishment of a normative approach to understanding the legal personality of persons obliged to provide emergency medical care; primary medical care; secondary (specialized) assistance; tertiary (highly specialized) medical care; palliative care; medical rehabilitation. Taking into account

the structure of the system of national medical law, it is necessary to develop and introduce a special legislative act on establishing the content of the administrative-legal status of medical workers.

The scientific novelty of the obtained results lies in the fact that the dissertation is one of the first comprehensive studies of the administrative and legal status of medical workers, which made it possible to determine the directions of its implementation and protection and to formulate new scientific provisions and conclusions proposed by the applicant personally, in particular:

first:

- theoretical provisions regarding the establishment of the normative and legal content of the category "medical worker", taking into account both the professional specialization of the person, the field of medical activity, and the type of position of the medical worker and the duties and competence determined by it;

- the author's approach to defining the system of principles of the administrative and legal status of medical workers is substantiated, where people-centric ones are singled out; socio-legal; organizational and legal; ethical and legal principles;

- the necessity of legally enshrining the obligation to take measures to ensure medical saving of human life and health as an element of the administrative and legal status of medical workers has been proven;

improved:

- an understanding of the synalgmatic nature of legal relations in the field of health care, which requires the emphasis of norm-making on the establishment of correlations between the range of interests and rights of patients and the content of the duties of medical workers, which are not limited to the provision of medical assistance, but also the provision of medical rescue, informational counseling, preservation of medicinal secrecy;

- proposals to the current legislation of Ukraine to establish the categories "medical neutrality" as a basis for establishing the functional content of their administrative and legal status during armed conflicts, and "medical immunity" as a guarantee of the exemption of medical workers from the obligation to testify in

criminal proceedings, if this creates a threat of violation of the obligation to preserve medical secrecy;

received further development:

- regulations on defining the stages of the historical and legal development of the formation and formation of the legal status of a medical worker, characterized by the situational nature and causality of the settlement of strategic tasks for the normative consolidation of rights, obligations and guarantees of the implementation of medical activities;

- implementation of the classification of the rights of medical workers according to the criterion of the sphere of legislative regulation (administrative-legal, labor-legal, civil-legal rights); by the criterion of the level of legislative consolidation (constitutional, general and special rights); by the time of realization (rights exercised under normal conditions; rights exercised under emergency and martial law conditions);

- a study of foreign experience in the implementation of the administrative and legal status of medical workers, which allowed to characterize the structure of its implementation at the normative, institutional and procedural levels of law enforcement;

- scientific approaches to the implementation of the idea of reforming the system of carrying out medical activities in Ukraine, which, taking into account its provision of the state's function of public health protection, should be directed to the revision of approaches to understanding the administrative and legal status of medical workers as public servants, which can be reflected in a separate legislative act "On the Medical Service of Ukraine".

The main provisions, conclusions and recommendations expressed in the work can be used in:

- legislative activity - to improve regulatory and organizational support for the implementation and protection of the administrative and legal status of medical workers in Ukraine;

- law enforcement activities - with the aim of improving the practical implementation and protection of the administrative and legal status of medical workers in Ukraine;

- research activities - as a basis for further theoretical, practical and praxeological search for solutions to problems related to the implementation and protection of the administrative and legal status of medical workers in Ukraine;

- the educational process - during the teaching of the disciplines "Medical Law", "Administrative Law", "Service Law".

**Key words:** administrative order, administrative procedure, administrative legal relationship, protection, medical worker, medical law, medical services, medical practice, medical care, law enforcement, public administration, public interest, right to healthcare.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### *Статті у наукових фахових виданнях України:*

- 1) Князевич Н.В. Запровадження професійного самоврядування медичних працівників: виклики, переваги і можливі шляхи. *Науково-практичний журнал «Екологічне право»*. 2022. Випуск 1-2. С. 30-33. DOI <https://doi.org/10.37687/2413-7189.2022.1-2-4.5>
- 2) Князевич Н.В. Адміністративна правосуб'єктність медичного працівника. *Law. State. Technology*. 2022. №1. С. 83-87. DOI <https://doi.org/10.32782/LST/2022-1-12>
- 3) Князевич Н.В. Проблеми реалізації прав медичних працівників в умовах воєнного стану. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2022. №7. С. 567-571. DOI <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2022-7/137>
- 4) Князевич Н.В. Історико-правовий аналіз розвитку правового статусу медичного працівника. *Науково-практичний журнал «Медичне право»*. 2021. №2(28). С. 9-17. DOI <https://doi.org/10.25040/medicallaw2021.02.009>

### *Статті у наукових періодичних виданнях інших держав:*

- 5) Князевич Н.В. Характеристика окремих обов'язків медичних працівників під час воєнного стану. *Knowledge. Education. Law. Management*. 2022. №3. С. 256-263. DOI <https://doi.org/10.51647/kelm.2022.3.41>
- 6) Князевич Н.В. Окремі підходи до класифікації прав та обов'язків медичного працівника. *Knowledge. Education. Law. Management*. 2022. №5. С. 165-171. DOI <https://doi.org/10.51647/kelm.2022.5.27>

### *Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:*

- 7) Князевич Н.В. Institute of Medical Negligence: the difference between criminal and civil liability. *Актуальні питання розвитку юридичної науки та практики*: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (21 травня 2021). Київ. 2021. Том II. С. 338-339;

- 8) Князевич Н.В. *Обов'язок надання медичної допомоги: службово-правовий аспект. Legal education and science in the context of European integration: матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (5 жовтня 2022 р.)*. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2022. С. 80-83.
- 9) Князевич Н.В. *Професійне самоврядування медичних працівників: актуальність у період відбудови. Наукові читання на тему «Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку», присвячені пам'яті Гладуна Зіновія Степановича (11 липня 2022 року)*. Львів. 2022. С. 41-44.
- 10) Князевич Н.В. *Особливості правового статусу медичних працівників у період дії воєнного стану в контексті забезпечення інфекційної безпеки. Правові питання епідемічної безпеки під час воєнного стану: Матеріали міжнародного круглого столу (16 червня 2022 року)*. Харків. 2022. С. 53-56.
- 11) Князевич Н.В. *Адміністративна правосуб'єктність медичного працівника. Шістдесят п'яті економіко-правові дискусії: матеріали міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (24-25 травня 2022 р.)*. Львів. 2022. С. 74-77;
- 12) Князевич Н.В. *Консультаційна медична допомога: правове регулювання. «Молодь: наука та інновації»: матеріали X Міжнародної науково-технічної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених (23–25 листопада 2022 року)*. Національний технічний університет «Дніпровська політехніка». Дніпро : НТУ «ДП», 2022. С. 465-466;
- 13) Князевич Н. *Правові аспекти забезпечення безперервності надання медичної допомоги в умовах воєнного стану. Актуальні питання розвитку юридичної науки і практики в умовах воєнного стану та мирної розбудови: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 5 травня 2023 року): ел. збірник*. Київ: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2023. С. 678-680.

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....</b>	<b>14</b>
<b>ВСТУП .....</b>	<b>15</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО СТАТУСУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УКРАЇНІ.....</b>	<b>23</b>
1.1. Поняття та особливості адміністративно-правового статусу медичного працівника .....	23
1.2. Історико-правовий аналіз становлення та розвитку адміністративно-правового статусу медичного працівника.....	34
1.3. Система принципів професійної діяльності медичних працівників та їх втілення в законодавстві України.....	46
<b>Висновки до розділу 1.....</b>	<b>53</b>
<b>РОЗДІЛ 2. РЕАЛІЗАЦІЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО СТАТУСУ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА В УКРАЇНІ. ....</b>	<b>57</b>
2.1 Адміністративна правосуб'єктність медичного працівника.....	57
2.2. Класифікація прав та обов'язків медичного працівника.....	62
2.3. Адміністративно-правова характеристика основних прав медичних працівників.....	67
2.4. Адміністративно-правова характеристика основних обов'язків медичних працівників. ....	87
2.5. Особливості реалізації адміністративно-правового статусу медичного працівника в умовах реформи охорони здоров'я в Україні .....	100
<b>Висновки до розділу 2.....</b>	<b>117</b>
<b>РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО СТАТУСУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: ДОСВІД ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЙОГО ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ.....</b>	<b>122</b>

3.1	Адміністративно-правовий статус медичних працівників у зарубіжних країнах .....	122
3.2	Удосконалення адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні: інституційні та нормативно-правові засади .....	147
	<b>Висновки до розділу 3</b> .....	157
	<b>ВИСНОВКИ</b> .....	160
	<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	168
	<b>ДОДАТКИ</b> .....	202

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ:**

- ГК України – Господарський кодекс України
- ЄС – Європейський Союз
- ЄСПЛ – Європейський суд з прав людини
- ЗС України – Збройні сили України
- ЗВО – Заклад вищої освіти
- КАС України – Кодекс адміністративного судочинства
- КЗпП України – Кодекс законів про працю України
- КК України – Кримінальний кодекс України
- КПК України – Кримінальний процесуальний кодекс України
- КУпАП – Кодекс України про адміністративні правопорушення
- МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України
- МВС України – Міністерства внутрішніх справ України
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- Основи – Основи законодавства про охорону здоров'я
- ООН – Організація об'єднаних націй;
- ЦК України – Цивільний кодекс України
- ЦГЗ – Центр громадського здоров'я МОЗ України

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Забезпечення порятунку життя особи та вжиття заходів із охорони здоров'я відноситься до стратегічних важливих задач сучасної соціальної правової демократичної держави. Забезпечення ефективності заходів із охорони здоров'я покладається функціонально на медичних працівників. Кореляція зв'язків між належністю здійснення державної функції із реалізації функції охорони здоров'я залежить і від прозорості, належності та якості законодавства, що визначає зміст реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників. Отже, здійснення адміністративно-правового статусу медичного працівника має безпосередній вплив на реалізацію прав та інтересів особи у сфері охорони здоров'я, зокрема із надання медичної допомоги та функціонування медичного страхування. А відтак реалізація адміністративно-правового статусу медичних працівників є гарантією досягнення ідеї та принципів соціальної стабільності та прогресу.

Однак попри важливість вирішення стратегічної задачі із врегулювання адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні наявною є практика його регламентації на рівні відомчих нормативних актів, так і на рівні загальнонаціонального медичного законодавства, що негативним наслідком має колізійність підходів до встановлення структури посадових обов'язків таких суб'єктів у сфері охорони здоров'я, неврахування специфіки галузевої медичної діяльності, що впливає на якісні показники здійснення лікувального процесу та застосування заходів відповідальності у разі необхідності та обґрунтованості. Отже, розроблення та впровадження системи встановлення змісту реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників дозволяє створити систему сприяння та стимулювання таких осіб у підвищенні рівня професійного розвитку, здобуття ними професійних знань, заохочення творчих підходів до виконання професійних обов'язків у сфері охорони здоров'я.

Теоретичну та методологічну основу встановлення змісту адміністративно-правового статусу приватної особи, і зокрема, медичних

працівників, складають наукові праці таких учених, як: В. Б. Авер'янов, А.І. Берlach, Ю.П. Битяк, Ю.А. Волкова, В. В. Галуцько, П.В. Діхтієвський, Р.В. Ігонін, Т.О. Коломоєць, В. К. Колпаков, Ю.А. Легеза та інших вітчизняних науковців, яким вдалося обґрунтувати ряд авторських пропозицій, що мають практичну та праксеологічну цінність. Окремі аспекти встановлення змісту адміністративно-правового статусу медичних працівників вивчаються у наукових публікаціях О.Ф. Адамчука, Р.Ю. Гревцової, С.В. Книша, Н.А. Литвин, Б.О. Логвиненка, А.М. Маркіної, І.А. Мацелюх, В. І. Олефіра, Г.М. Сарibaєвої, І.Я. Сенюти, С.Г. Стеценка, О.Г. Стрельченко, Я.М. Шатковського та інших.

Не заперечуючи вагомого внеску здійснених наукових досліджень, необхідно підкреслити, що сьогодні в Україні наявною є потреба у здійсненні окремого дослідження, присвяченого розробці напрямів удосконалення чинного законодавства, що регламентує адміністративно-правовий статус медичних працівників.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження виконано на підставі пріоритетних напрямів наукових досліджень Київського національного університету імені Тараса Шевченка в межах таких бюджетних тем: «Розробка системного вчення про основні права людини з метою втілення в Україні європейських цінностей у контексті розбудови громадянського суспільства» № 19 БФ 042-01 (2019-2021 роки), а також пов'язана з підготовкою змін до адміністративного законодавства та безпосередньо стосується Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація», схваленої Указом Президента України від 09 лютого 2016 р. № 42/2016, Концепції розвитку системи громадського здоров'я, схваленої Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р, Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р, Національної стратегії сприяння розвитку

громадянського суспільства в Україні на 2021–2026 рр., затвердженої Указом Президента України від 27.09.2021 р. № 487/2021, Цілей сталого розвитку України на період до 2030 р., окреслених в Указі Президента України від 30.09.2019 р. № 722/2019, Плану дій з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на 2021–2023 рр., затвердженої Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 23.06.2021 р. № 756-р, Концепції розвитку електронної демократії в Україні та плану заходів щодо її реалізації, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 8.11.2017 р. № 797-р.

**Мета і завдання дослідження.** Метою дослідження є здійснення комплексного науково-практичного дослідження проблеми реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників задля обґрунтування конкретних пропозицій та рекомендацій щодо удосконалення механізму нормативного регулювання здійснення медичної діяльності в Україні. Для досягнення зазначеної мети в дисертації ставляться та вирішуються такі основні завдання:

- надати характеристику медичних працівників як учасників адміністративно-правових відносин;
- виокремити етапи історико-правового розвитку становлення адміністративно-правового статусу медичного працівника;
- визначити систему принципів професійної діяльності медичних працівників та їх втілення в законодавстві України;
- охарактеризувати нормативне регулювання адміністративно-правового статусу медичного працівника в умовах реформи охорони здоров'я в Україні;
- обґрунтувати зміст та сутність адміністративної правосуб'єктності медичного працівника;
- визначити критерії класифікації прав та обов'язків медичного працівника;
- охарактеризувати права медичних працівників як елементу їх адміністративної правосуб'єктності;

- встановити механізм забезпечення належності здійснення обов'язків медичних працівників як елементу їх адміністративно-правового статусу;
- дослідити зарубіжний досвід реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників;
- обґрунтувати організаційні та нормативно-правові напрями забезпечення ефективності реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні.

*Об'єктом* дисертаційного дослідження є суспільні відносини, пов'язані з реалізацією адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні.

*Предметом* дослідження є адміністративно-правовий статус медичних працівників в Україні.

**Методи дослідження.** Методологічну основу дисертації склали сукупність методів та прийомів наукового пізнання, до якої віднесено як загально наукові (діалектичний, структурно-логічний, узагальнення, статистичний тощо), так і спеціально наукові (компаративістський, історико-правовий тощо), що дозволило використати їх у взаємозв'язку задля досягнення поставленої мети та завдань, забезпечити повноту та обґрунтованість розуміння предмета дослідження, а також наукову достовірність та комплексність отриманих результатів та пропозицій. Діалектичний метод наукового пізнання суспільно-правових процесів дозволив визначити нормативне регулювання адміністративно-правового статусу медичного працівника в умовах реформи охорони здоров'я в Україні та виявити усталені напрями й закономірності загалом (підрозділи 1.2, 1.4, 3.2). Застосування історико-правового методу стало методологічним базисом для встановлення етапів історико-правового розвитку становлення адміністративно-правового статусу медичного працівника (підрозділи 1.2, 2.1). Структурно-логічний метод покладено в основу обґрунтування категоріального ряду здійсненого дослідження (розділ 1, підрозділи 2.2, 2.3, 2.4). Для встановлення сутності, виокремлення характеристик особливостей систематизації медичного законодавства, встановлення відповідності його із суміжними правовими інститутами та галузями права, а

також виділення його специфіки було використано структурно-функціональний та метод системного аналізу (підрозділи 1.1, 1.4, 3.1). Методи моделювання, аналізу та синтезу, прогностики використано з метою обґрунтування щодо вдосконалення чинного та перспективного законодавства (підрозділ 1.4, 3.2). За допомогою компаративістського методу та прийомів логічного методу встановлено переваги та недоліки зарубіжного досвіду реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні (підрозділ 3.1).

*Нормативну основу* роботи становлять Конституція України, акти Верховної Ради України, Президента України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України та інших центральних органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, міжнародні нормативно-правові акти, згоду на обов'язковість яких надано Верховною Радою України, а також законодавство зарубіжних країн.

*Емпіричну базу дослідження* становлять узагальнення практичної діяльності реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників, політико-правова публіцистика, довідкові видання, статистичні матеріали.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в тому, що дисертація є одним із перших комплексних досліджень адміністративно-правового статусу медичних працівників, що дозволило визначити напрями його реалізації та захисту та сформулювати нові наукові положення та висновки, запропоновані особисто здобувачем, зокрема:

*уперше:*

- обґрунтовано теоретичні положення щодо встановлення нормативно-правового змісту категорії «медичний працівник», що має враховувати як професійну спеціалізацію особи, сферу медичної діяльності, так і різновид посади медичного працівника та обумовлені нею обов'язки та компетенцію;

- обґрунтовано авторський підхід до визначення системи принципів професійної діяльності медичних працівників, де виокремлено

людиноцентричні; соціально-правові; організаційно-правові; етико-правові принципи;

- доведено необхідність законодавчого закріплення обов'язку вжиття заходів із забезпечення медичного порятунку життя та здоров'я людини як елементу адміністративно-правового статусу медичних працівників;

*удосконалено:*

- розуміння багатоаспектності правовідносин у сфері охорони здоров'я, що вимагає акцентування процесу нормотворення на встановленні кореляційних зв'язків між колом інтересів та прав пацієнтів та змістом обов'язків медичних працівників, що не обмежуються наданням медичної допомоги, але і наданням медичного порятунку, інформаційним консультуванням, збереженням лікарської таємниці;

- пропозиції до чинного законодавства України зі встановлення категорій «медичний нейтралітет» як основи для встановлення функціонального змісту їх адміністративно-правового статусу під час збройних конфліктів, та «медичний свідоцький імунітет» як гарантії звільнення медичних працівників від обов'язку надання свідчень у кримінальному провадженні, якщо це створює загрозу порушення виконання обов'язку збереження лікарської таємниці;

*дістали подальшого розвитку:*

- положення про визначення етапів історико-правового розвитку формування та становлення статусу медичного працівника, що характеризуються ситуативністю та каузальністю врегулювання стратегічних задач із нормативного закріплення прав, обов'язків та гарантій здійснення медичної діяльності;

- здійснення класифікації прав медичних працівників за критеріями їх функціонального змісту (трудові; службові; духовно-культурні; соціально-економічні; інформаційно-процесуальні); нормативно-правових підстав набуття прав та виконання обов'язків; умов набуття та реалізації (правосуб'єктність медичних працівників, що здійснюється в умовах звичайних адміністративних

правових режимів; правосуб'єктність медичних працівників, що здійснюється в умовах спеціальних адміністративних правових режимів);

- вивчення зарубіжного досвіду реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників, що дозволило охарактеризувати структуру його реалізації на нормативному, інституційному та процедурному рівнях правозастосування;

- наукові підходи до реалізації ідеї реформування системи здійснення медичної діяльності в Україні, яка з врахуванням забезпечення нею здійснення функції держави із охорони громадського здоров'я, має спрямовуватися на перегляд підходів до розуміння адміністративно-правового статусу медичних працівників як публічних службовців, що може бути відображено в окремому законодавчому акті «Про медичну службу України».

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що сформульовані та аргументовані в дисертації теоретичні положення, висновки, пропозиції і рекомендації можуть бути використані у:

- *законодавчій діяльності* – для вдосконалення нормативного та організаційного забезпечення реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні (акт впровадження результатів дисертаційного дослідження у законотворчу діяльність Верховної Ради України (додаток Г);

- правозастосовній діяльності – з метою покращення практичної діяльності реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні (акт впровадження результатів дисертаційного дослідження у діяльність Міністерства охорони здоров'я України) (додаток В);

- науково-дослідній діяльності – як основа для подальшого теоретичного, практичного та праксеологічного пошуку вирішення проблем, пов'язаних реалізацією та захистом адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні;

– освітньому процесі – під час викладання дисциплін «Медичне право», «Адміністративне право», «Службове право».

**Особистий внесок здобувача.** Дисертацію виконано самостійно. Викладені у дисертації положення, які становлять новизну роботи, розроблено автором особисто.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення та висновки дисертації оприлюднено в наукових доповідях, повідомленнях на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях, круглих столах, зокрема: «Актуальні питання розвитку юридичної науки та практики» (Київ, 21 травня 2021); «Legal education and science in the context of European integration» (Одеса, 5 жовтня 2022 р.), «Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку», присвячені пам'яті Гладуна Зіновія Степановича» (м. Львів, 11 липня 2022 року), «Правові питання епідемічної безпеки під час воєнного стану» (Харків, 16 червня 2022 року), «Шістдесят п'яті економіко-правові дискусії» (Львів, 24-25 травня 2022 р.), «Молодь: наука та інновації» (м. Дніпро, 23–25 листопада 2022 року), «Актуальні питання розвитку юридичної науки і практики в умовах воєнного стану та мирної розбудови» (м. Київ, 5 травня 2023 року).

**Публікації.** Основні наукові результати дисертаційного дослідження висвітлено у 13 публікаціях, зокрема 6 наукових статтях, з яких 4 опубліковані у вітчизняних фахових та 2 - у зарубіжних наукових виданнях, а також у 7 тезах конференцій.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація складається з анотації, вступу, трьох розділів, десяти підрозділів, висновків, списку використаної літератури (339 найменування на 34 сторінках) та 4 додатків на 33 сторінках. Загальний обсяг роботи становить 235 сторінок, основний зміст дисертації –157 сторінок.

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА**

**АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО СТАТУСУ МЕДИЧНИХ**

**ПРАЦІВНИКІВ В УКРАЇНІ**

**1.1. Поняття й особливості адміністративно-правового статусу медичного працівника**

Формування та розвиток суспільства обумовили виникнення нових актуальних теоретичних і практичних проблем, які широко обговорюються і стають предметом дискусій як серед науковців, так і практичних працівників. Одним із таких актуальних питань сьогодення є удосконалення правового статусу медичного працівника. Світова практика визнає, що становлення, розвиток та удосконалення охорони здоров'я громадян будь-якої держави об'єктивно відображають демократичні процеси, що мають місце в державі, або вказують на певні регресні процеси. Належне правове регулювання виступатиме запорукою забезпечення дотримання прав і законних інтересів громадян під час надання певних послуг або виконання робіт, сприятиме побудові ефективної системи охорони здоров'я, матиме стабілізуючий вплив на соціальну та політичну ситуацію в суспільстві, а також стане міцним підґрунтям економічного розвитку та національної безпеки України.

Невід'ємною й важливою складовою правового регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я є забезпечення прав медичних працівників. Це питання регламентоване нормами різних галузей права: конституційного, адміністративного, цивільного, кримінального, фінансового. Особливе значення у контексті забезпечення прав медичних працівників відіграє адміністративно-правове регулювання їх статусу.

У юридичній науці найбільш поширеним є визначення адміністративного права як «управлінського» права, тобто як регулятора владно-організуючого впливу держави на суспільні відносини і процеси [190, с. 5; 192, с. 59–60]. За

сучасних умов, суспільне призначення адміністративного права, на чому наголошують В. Б. Авер'янов, О. Ф. Андрійко, Ю. П. Битяк, полягає у запровадженні та регламентації демократичних взаємовідносин між органами державної влади, органами місцевого самоврядування й громадянами, тобто відносин, які забезпечать кожній людині реальне дотримання та захист її прав і свобод [47, с. 35; 215, с. 56; 36, с. 27–28].

Ст. 3 Конституції України, права і свободи людини та їх гарантії визначають структуру діяльності держави. Держава повинна нести відповідальність перед людиною за здійснену її органами діяльність та її результати, визначаючи зміст її головного обов'язку [99]. З огляду на це доцільно погодитися з новаторськими позиціями щодо зміни парадигми діяльності держави: в основі має стати людина, її інтереси, і як наслідок – формування «людиноцентристської» ідеології діяльності, згідно з якою держава повинна служити інтересам людини: і тієї, що користується державними гарантіями, і тієї, що їх забезпечує [47, с. 36]. В узагальненому вигляді сучасне адміністративне право – це «право забезпечення і захисту прав людини», «публічно-сервісне право», спрямоване на обслуговування потреб та інтересів приватних осіб у їх стосунках з органами публічної адміністрації [98, с. 53]. Таким чином, модернізація адміністративно-правового регулювання будь-якої сфери, у тому числі вітчизняної системи охорони здоров'я, має відбуватися в інтересах людини та суспільства [3, с. 141].

Медичний працівник – один із ключових суб'єктів медичних правовідносин, праця якого безпосередньо пов'язана з реалізацією гарантованого Конституцією України права на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування.

Стан забезпечення нормативного визначення адміністративно-правового статусу будь-якого суб'єкта, в тому числі і медичного працівника, обґрунтовується необхідністю встановлення специфіки відповідної професійної діяльності.

Варто наголосити, що відсутність нормативного визначення терміносполучення «медичний працівник» супроводжує ще одна прогалина у законодавстві, а саме відсутність визначення терміносполучення «правовий статус особи».

Необхідно підкреслити, що в межах юридичної науки відсутнім є єдиний підхід до встановлення змісту «правовий статус». У наукових публікаціях таких вчених, як О.В. Зайчук та Н.М. Оніщенко обґрунтовують розуміння правового статусу як певної структурованої системи прав та правомочностей, інтересів та свобод, що мають кореспондуватися із встановленим чинним законодавством чи договором колом обов'язків особи, неналежність виконання чи невиконання яких санкціонується державою [47, с. 366].

Подібний підхід збережено у наукових та навчально-методичних публікаціях О.Ф. Скакун, яка визначає правовий статус особи як її нормативно встановлений стан людини у реалізації складної взаємодії із суспільством [190, с. 57].

В.А. Довбиш до розуміння правового статусу відносить систему прав та обов'язків особи, що мають бути гарантовані державою та визнаватися суспільством. Правовий статус особи визначає його: суб'єктивний характер досліджуваної категорії, що розуміється як здатність людини обирати вид та форму своєї юридичної значимої поведінки; та об'єктивний характер, що полягає у встановленні сукупності правових норм можливої та імперативної поведінки такої діяльності [36]. Дещо відмінним є розуміння, обґрунтоване у дослідженнях О.О. Маркової, яка базисом правового статусу є сукупність як морально-етичних норм, так і змісту нормативних засад та соціальної ролі особи та її соціального статусу [99, с. 306].

З точки зору науково-практичної цінності вартим уваги є підхід, обґрунтований О.В. Скочиляс-Павлів, що визначає необхідність розуміння правового статусу конкретної фізичної особи як певної сукупності загального (публічного), спеціального (професійного) та індивідуального (приватного) статусів, реалізація яких залежить від обставин конкретних ситуацій [191, с. 92-

98]. Таким чином, публічний (загальний) статус особи закріплюється в положеннях Конституції України, основних конституційних законодавчих актах, та має гарантувати відсутність форм та ризиків дискримінації та корупції. Спеціальний (професійний) статус особи є залежним від роду діяльності особи, її віку, сфері реалізації тощо. Індивідуальний (приватний чи особистий статус) відображує фізичні, соціальні та моральні особливості реалізації людини як частини суспільства чи окремої суспільної групи [190, с. 59–60].

Відповідно до Словника іншомовних слів під категорією «правовий статус» розуміється певна сукупність взаємовідносин людини, держави та суспільства, що є унормованими та здатне відобразити її соціальний та професійний стан [192, с. 545].

Адміністративно-правовий статус особи визначається як складова її загального (публічного) статусу і узагальнено трактується як систематизована структурна сукупність прав та обов'язків особи, що санкціонована державою, та будується на забезпеченні реалізації особистих та державних, особистих та суспільних інтересів [3, с. 194; 56, с. 272; 2, с. 58].

М.І. Горбач, визначаючи акторський підхід до здійснення класифікації елементів адміністративно-правового статусу суб'єктів адміністративного права, обґрунтовує універсальність такої категорії.[28, с. 30].

У наукових дослідженнях сучасних вчених окрема увага приділяється визначенню змісту адміністративно-правового статусу таких представників окремих професій, як державний службовець (О.В. Литвин визначає, що ефективність реалізації їх адміністративно-правового статусу корелюється із ефективністю здійснення покладених на них обов'язків [91, с.10]); або посадової особи органів публічної влади (де Н.В. Янюк підкреслює його обумовленість змістом службової діяльності особи) [222, с. 80-85].

Більшість вчених відносять категорію адміністративно-правовий статус до змісту правосуб'єктивності приватної особи (Ю.П. Битяк [99, с. 58-59]; М.Я. Бояринцева [14, с. 10-12]; С.Ф. Костюкевича [83, с. 65-70] та інші.

І.П. Голосніченко обґрунтовує доцільність розуміння змісту адміністративно-правового статусу особи як структурованої системи її прав і обов'язків, що відображено у актах чинного законодавства, реалізація яких має гарантуватися як засобами державного впливу, так і засобами соціального впливу та влади. Таким чином, основа статусу – це адміністративна правоздатність як здатність мати права та виконувати обов'язки адміністративно-правового характеру [23, с. 198].

Встановлення змісту адміністративно-правового статусу базується на адміністративно-правових нормах, що є регуляторами публічних правовідносин, застосування яких спрямовується на забезпечення належності здійснення стратегічних задач із реалізації функцій публічного управління у відповідних сферах суспільного життя чи в цілому.

Реалізація адміністративно-правового статусу особи, як обґрунтовує В.Б. Авер'янов розглядається як певний засіб взаємодії держави та громадянина [3, с. 176].

Таким чином, доцільно зробити висновок, що адміністративно-правовий статус особи є складовою його загального (конституційного) статусу, що означає необхідність його відображення як у змісті конституційних законів, так і змісту інших законодавчих актів.

Отже, необхідним є встановлення сутності категорії «адміністративно-правовий статус громадянина». Адміністративно-правовий статус громадянина має визначатися як на підставі закону та іншими правовими актами, що структурно відображує права, обов'язки і відповідальність громадянина, реалізація якого створює базис для оптимізації здійснення функцій держави, соціального управління, дотримання співмірності публічних та особистих інтересів. Причому регламентуються й охороняються як індивідуальні права громадян, що зближує їх із процедурами приватного права, так і публічні права і їх «колективні вираження».

Звідси можна зробити припущення, чому структура правового статусу особи відрізняється від структури її адміністративно-правового статусу. Реалізація управлінських відносин між приватною особою та владними суб'єктами обмежується адміністративно-правовим регулюванням суспільних відносин.

Таким чином, в основу розуміння адміністративно-правового статусу медичного працівника є підхід до розуміння адміністративно-правового статусу громадянина України, що складається із сукупності прав, обов'язків та інтересів особи, а також необхідного обсягу юридичних гарантій задля їх здійснення.

У залежності від виду нормативно-правових актів, що закріплюють відповідні права й обов'язки медичних працівників, правовий статус можна поділити на кілька видів:

1) міжнародно-правовий статус утворюють права, свободи та обов'язки, визначені в положеннях міжнародно-правових актів (Конвенція МОП про свободу агітації та захист права на організацію, Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод тощо);

2) конституційно-правовий статус формують права, свободи та обов'язки, визначені в Конституції України;

3) галузевий статус складають права, свободи і обов'язки, передбачені галузевим законодавством (цивільним, кримінальним, адміністративним, трудовим тощо);

4) спеціальний правовий статус (тобто власне правовий статус медичних працівників) забезпечують права, свободи та обов'язки, характерні для даної категорії фахівців, з урахуванням особливостей їхньої діяльності (визначається в законодавстві про охорону здоров'я);

5) індивідуальний правовий статус формують права, свободи та обов'язки людини, які вона набуває у процесі участі у державному і суспільному житті, вступаючи у конкретні правовідносини.

О.В. Скочиляс-Павлів визначає, що належність нормативного визначення адміністративно-правового статусу медичних працівників є гарантією забезпечення соціального захисту населення та соціального забезпечення. Вченим наголошується, що ефективність реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників залежить від створення умов для підвищення рівня їх професіоналізму, належності системи соціально-економічних гарантій їх діяльності [191, с. 92-98].

Статус медичних працівників в межах національних юридичних досліджень розглядається як з точки зору їх участі у трудових правовідносинах, так і з точки зору їх участі у публічно-управлінських відносинах. Зміст трудо-правового статусу медичних працівників розглядається у дисертації О.С. Щукіна, що визначає доцільність виокремлення широкого та вузького розуміння такої категорії. Правовий статус медичних працівників у широкому сенсі розуміється О.С. Щукіним як статус особи, що наділений правом здійснення професійної медичної діяльності на визначених законодавством підставах. Вузьке розуміння правового статусу медичних працівників полягає у необхідності дотримання ними відповідності висунутим вимогам щодо наявності належного рівня професійної освіти, ліцензування та сертифікації їх діяльності, а також етичним стандартам медичної професії [220, с. 9]. З точки зору розуміння трудо-правового статусу медичних працівників обґрунтовується авторський підхід у працях Г.В. Чеботарьової. Вченою функціонально-структурний зміст трудо-правового статусу медичних працівників розглянуто як тріаду елементів: здатності набуття трудових прав; здатності виконувати професійні обов'язки у медичній сфері; здатності підтвердити власну кваліфікації та довести свою відповідність вимогам медичної діяльності [212, с. 29].

Виходячи з аналізу чинного законодавства, зокрема Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників «Охорона здоров'я», затвердженого МОЗ України від 29.03.2002 р. №117, можна здійснити

класифікацію за освітньою складовою, а саме: особи, які мають медичну освіту; особи, які не мають медичної освіти [37].

Попри це, у системі вітчизняного законодавства про охорону здоров'я немає нормативного акта, який би чітко встановлював перелік посад молодших спеціалістів з медичною освітою та спеціалістів без медичної освіти у закладах охорони здоров'я.

Певна розбіжність підходів до встановлення змісту трудо-правового статусу медичних працівників обґрунтовує перспективність підтримки ідеї розробки та прийняття окремого спеціального законодавчого акту про встановлення його змісту. Так, В.М. Безпрозванна пропонує ухвалити Закон України «Про права медичних і фармацевтичних працівників», де має бути відображено засади здійснення медичної діяльності, службово-трудоий статус медичних працівників, функції суб'єктів державного контролю щодо дотримання прав медичних і фармацевтичних працівників тощо [9, с. 117].

Для нашого дослідження, враховуючи те, що медичні працівники – це окрема група у суспільстві, чий статус має певну специфіку, зважаючи на коло професійної діяльності, вважаємо за необхідне навести власне визначення правового статусу медичних працівників.

Відтак, під правовим статусом медичних працівників розуміємо визначену нормативно сукупність прав та обов'язків, реалізація яких забезпечується адміністративно-правовими гарантіями.

Отже, встановлення змісту адміністративно-правового статусу медичного працівника встановлюється на рівні загальнотеоретичних та галузевих характеристик змісту правовідносин у сфері охорони здоров'я. Реалізація адміністративно-правового статусу медичного працівника залежить від встановлення змісту діяльності, що ним виконується, та може бути, виходячи із змісту профільного Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ класифіковано, як медичні працівники, що зобов'язані надавати: екстрену медичну допомогу;

первинну медичну допомогу; вторинну (спеціалізовану) допомогу; третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; паліативну допомогу; медичну реабілітацію [119].

При цьому забезпечення надання медичної допомоги згідно із чинним законодавством має відбуватися в межах належно зареєстрованих медичних закладів особами, що мають професійну медичну підготовку, статус яких закріплюється на підставі трудового договору та ліцензії (ст. 33 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ), акцентуючи увагу не на встановленні змісту адміністративно-правового статусу медичного працівника, а на специфіці його реалізації, що вимагає дотримання встановлених нормативних обмежень, зокрема, підтвердження рівня професіоналізму особи шляхом отримання відповідної ліцензії, наявності трудових правовідносин між медичним закладом та медичним працівником, оформлення цивільно-правових відносин із надання послуг з питань охорони здоров'я [119]. Такий підхід звужує розуміння змісту медичної допомоги, адже в межах власне того ж профільного Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ закріплено обов'язок медичного працівника як змісту його адміністративно-правового статусу із надання безоплатно відповідної невідкладної медичної допомоги громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях. В такому сенсі законодавець акцентує увагу на необхідності забезпечення порятунку особи, при цьому незрозуміло чому застосовується обмеження залежно від наявності чи відсутності у особи громадянства певної країни.

Аналіз змісту чинного профільного Закону України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ не дає можливості розмежувати зміст адміністративно-правового статусу особи, що надає медичну допомогу, та особи, що надає медичний порятунок, а також особи, що надає екстрену медичну допомогу. Під екстреною медичною допомогою розуміється вжиття певної сукупності організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, що функціонально має забезпечити

«врятування і збереження життя людини» на засадах невідкладності надання та мінімізації шкідливих наслідків для стану здоров'я особи (ст. 1 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» від 5 липня 2012 року № 5081-VI [139]). Аналізуючи зміст Закону України від 5 липня 2012 року № 5081-VI необхідно зробити висновок, що нормативно закріплена процедура реалізації права особи на екстрену медичну допомогу, що вимагає від особи, яка її потребує, здійснення виклику екстреної медичної допомоги, або ж безпосередньо звернення до «найближчого відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги», або ж «повідомлення лікуючого лікаря або працівників найближчого закладу охорони здоров'я». При цьому законодавець передбачає реалізацію таких дій саме на території України (ч. 2 ст. 3). Однак очевидно надання медичної допомоги має здійснюватися не лише на вільній території України, але і на територіях, окупованих в наслідок російської військової агресії.

Запровадження категорії «медичний порятунок» дозволить його відмежувати від категорії «медична допомога». Зокрема, остання згідно із законодавством Республіки Польща [279] може надаватися лише із використанням обладнання, що відповідає професійним та санітарним вимогам, та у відповідних приміщеннях медичних закладів і лише у якості винятку – вдома у пацієнта у разі надання консультації.

Отже, необхідним є здійснення перегляду змісту статті 1 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» та доповнення її категорією «медичний порятунок», що має надаватися не лише «за місцем знаходження, проживання (перебування) пацієнта; в умовах денного стаціонару; у стаціонарних умовах; в амбулаторних умовах», але і в інших умовах, що створюють загрозу безпеці здоров'я особи, наприклад, такими є діяльність медичних працівників в умовах воєнного стану на території ведення бою, суміжних територіях тощо».

Крім того проблематика визначення змісту адміністративно-правового статусу медичного працівника поглиблюється вживанням з боку нормотворця таких понять як «медичний спеціаліст», «лікар», «лікар, що надає первинну

медичну допомогу», «лікуючий лікар», «лікар-спеціаліст», «медичний персонал», «сімейний лікар», без їх нормативного тлумачення та роз'яснення. Вищезазначені поняття не можна в повній мірі вважати синонімічними, зокрема, поняття «лікар» та «сімейний лікар» співвідносяться як ціле та частина.

Встановлення змісту адміністративно-правового статусу медичного працівника залежить від їх професійної освіти та підготовки: особи, що мають диплом спеціаліста у медичній сфері (лікарі, акушерки, медичні сестри та брати, медичні операційні сестри) та особи, які не мають диплому спеціаліста у медичній сфері (молодші медичні сестри з догляду за хворими, молодші медичні сестри (санітарка-прибиральниця тощо)).

При цьому в межах чинної національної системи медичного права безпосередньо на рівні окремого законодавчого акта відсутній вичерпний перелік медичних посад, що може бути віднесено до складових системи публічної служби, із закріпленням змісту їх адміністративно-правового статусу. Це фрагментарно зроблено на рівні окремих наказів Міністерства охорони здоров'я України, зокрема в якості прикладу можемо навести наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 березня 2019 року № 668 «Про перелік посад фахівців у галузі охорони здоров'я у закладах охорони здоров'я» [169].

Розуміння багатоаспектності правовідносин у сфері охорони здоров'я вимагає акцентування процесу нормотворення на встановленні кореляційних зв'язків між колом інтересів та прав пацієнтів та змістом обов'язків медичних працівників, що не обмежуються наданням медичної допомоги, але і наданням медичного порятунку, інформаційним консультуванням, збереженням лікарської таємниці.

Справедливими є міркування, засновані на встановленні критеріїв відповідності рівня професійної підготовки особи та реалізацією нею обов'язку надання медичної допомоги, а також виконання обов'язку медичного порятунку людини, як критеріїв встановлення змісту адміністративно-правового статусу медичного працівника. Таким чином, з врахуванням того, що застосування категорії «медичний працівник» є необхідним не лише для встановлення кола

його обов'язків, але і реалізації механізмів юридичної відповідальності, що вимагає здійснення належної конкретизації досліджуваного поняття задля уникнення труднощів його нормативного тлумачення. Вкрай важливо під час запровадження інституційних змін мати цілісне бачення, не забуваючи про деталі [276].

Зазначені міркування актуалізують необхідність подолання законодавчих прогалин із встановлення нормативного змісту адміністративно-правового статусу медичних працівників, що вимагає пошуку шляхів закріплення відповідного категоріального ряду відносин у сфері охорони здоров'я, зокрема, у частині розмежування таких термінів як «медичний спеціаліст», «лікар», «лікуючий лікар», «лікар-спеціаліст», «медичний персонал», «сімейний лікар», «лікар, що надає первинну медичну допомогу». Вирішення зазначеної проблематики може бути подолане шляхом розробки та запровадження у національний правовий простір спеціального Закону України про встановлення змісту адміністративно-правового статусу медичних працівників.

## **1.2. Історико-правовий аналіз становлення та розвитку правового статусу медичного працівника.**

На території сучасної України, як і на території будь-якої іншої держави, встановлення змісту нормативно-правового регулювання діяльності медичних працівників має власну відповідну історію. Очевидно, що те, що зараз в правовому просторі називається «галузь охорони здоров'я» сформувалося у період Новітнього часу розвитку української держави, однак початок процесів врегулювання діяльності, пов'язаної із забезпеченням права особи життя та здоров'я, і відповідного медичного супроводу, пов'язується із зародженням державності ще у IX ст.. Ще за часів Київської Русі з'являються перші

дослідження перших «лічців» (лікарів), що намагалися узагальнити медичні знання, навички та вміння, створити умови для формування розуміння деонтології професії, належності виконання професійних обов'язків із порятунку життя та здоров'я людини та населення в цілому.

Узагальнення наявних першоджерел із розвитку регулювання діяльності давніх лікарів, здійснене у дослідженні Ю.В. Вороненко, Я.Ф. Радиш, дозволяє виділити три типи медицини, що була характерною для Київської Русі. Так, першим типом медицини, поширеним на Київській Русі було язичництво, та язичницькі лікувальні обряди. Другим типом, вчені виділяють надання лікування у монастирях. І нарешті третім типом було лікування, що надавалося у містах, інакше кажучи, воно мало назву світське лікування, що було характерно вже для більш пізнього періоду розвитку державності [18].

Очевидно, що припущення щодо функціонування язичницького або народного лікування було притаманне більше для часів протодержави, до появи Київської Русі, і у пам'ятках права є відсутніми згадки про лікувальні обряди прадавніх українців, однак не менш ґрунтовною є теза, що таке лікування було, і воно було засноване на застосуванні морально-етичних норм звичаєвого права як засобів його нормативного врегулювання [18].

Відмінним був підхід до врегулювання лікування у монастирях, а також діяльності світських лічців, що вимагала певного рівня правового регулювання. Підтвердженням такого висновку є положення Церковного статуту Володимира Великого, де встановлювалося, що лікарні були церковними установами, а лічці були «церковними людьми», що мали про свою діяльність звітувати єпископу [24; с. 43]. Більшість інформації про діяльність лічців відображена у такій прадавній пам'ятці права, як «Києво-Печерський патерик» [57]. Цікаво, що одну із переваг прадавніх лічців було визначено їх «скромність». Радянський дослідник історії медицини Київської Русі зазначає, що необхідною вимогою лікування мала бути вимога його доступності, і при цьому лікарі не повинні були бути марнославними. Лікар Київської Русі не повинен був переслідувати мету

збагачення, лікарі повинні були мати бажання віддати все, що їм належать задля порятунку людини [7; с. 58]. Тобто фактично за часів Київської Русі була відсутня практика встановлення гонорару за надання медичних послуг, чи іншої форми оплати праці лічців.

Інші дослідники тексту «Києво-Печерському патерику», вчені А.Л. Федущак та Р.А.Чайківський дійшли висновку про домінування розуміння лікарської діяльності як певного виду служіння Богу, як певний дар, що дарований Богом, що свідчить про пріоритетність етичних засад регулювання такої діяльності [208; с. 110-117]. Отже, надання лікарської допомоги за часів Київської Русі здійснювалося на безоплатних засадах та переважно в нормувалось на морально-етичних та духовних засадах. Світські лікарі за часів середньовіччя займалися своєю практикою на засадах спадкування і така їх діяльність відносилась до категорії ремісництва [106].

До перших правових згадок про встановлення кола професійних обов'язків світських лікарів (лічців) відноситься «Ізборник Святослава», датований 1076 роком, що був сформований на підставі тексту «Ізборника» болгарського царя Сімеона. До обов'язків світських лікарів було віднесено обов'язок надання хірургічної допомоги, а саме володінням вмінням «розрізати шкіру», ампутувати кінцівку (що називалося як здійснити «орезание удное»), вгамовувати біль від ран, опіків та нагноень [117, с. 59]. Головною відмінністю світських лікарів від монастирських було те, що вони лікували своїх пацієнтів в їх будинках, і з врахуванням того, що лікарська діяльність була ремеслом, то вона здійснювалась за оплати [106].

Таким чином, зародження нормативного регулювання лікарської (медичної) діяльності у Київській Русі пов'язувалось із застосування морально-етичних норм, а також положень Церковного статуту Володимира Великого, «Києво-Печерського патерику» та «Ізборника Святослава».

З точки зору цінності історико-правового дослідження, що визначає завдання даного підрозділу, звернення до досвіду правового регулювання

медичної діяльності, що відбувалося за часів Російської імперії на українських землях, є малоефективним, що обумовлює доцільність звернення дослідницької уваги на період кінця XIX ст. – початку XX ст.. Власне саме це період характеризується наявністю спроб відродження української державності та українських правових традицій, яким притаманним є демократичні засади правового регулювання суспільних відносин в цілому і зокрема у сфері здійснення медичної діяльності. При цьому необхідно підкреслити, що однією із позитивних характеристик встановлення змісту правового статусу медичних працівників стало запровадження інституту кримінальної відповідальності медичних працівників, що вперше було здійснено ще у 1532 році, що відбулося у німецькому законодавстві (параграф 537 Кримінально-правового уложення «Кароліна») [54, с. 95], що було у подальшому запроваджено і у Соборному Уложенні Московської держави 1649 року, де закріплювалася відповідальність лікарів за «отруєння зіллям» [180, с. 250]. Запровадження розуміння медичної діяльності як діяльності, що вимагає здобуття відповідної професійної освіти вперше відбулося як в Європі, так і на території Російській імперії, що очевидно означає запровадження таких вимог і на території земель сучасної України, яка у ті часи була розділена між імперськими країнами Нового часу. Даний період з точки зору правового регулювання праці медичних працівників характеризується спробами нормативного визначення їх статусу як державних службовців, що вперше відбулося до законодавства Федеративної Республіки Німеччина [15, с. 51–61].

Відповідно до норм «Уложення про покарання кримінальні та виправні» 1845 р, що діяло на території правобережної України, яка була під владою Російської імперії, запроваджувалася відповідальність лікарів за: запровадження шкоди здоров'ю внаслідок використання отруйних чи інших небезпечних речовин (ст. 871-1); ненадання медичної допомоги (ст. ст. 872, 873, 1522); а також визнання медичних працівників як суб'єктів службових злочинів та службової діяльності, зокрема, допустимим було застосування відповідальності за вчинення службової підробки (ст. 364); отримання хабара (ст. 373); вимагання

хабара (ст. 377) [180]. Підстави для застосування заходів службової відповідальності запроваджувались і на території лівобережної України, зокрема, мова йде про акти законодавства Австро-Угорської імперії, що діяло у землях сучасної Львівської, Закарпатської та Івано-Франківської областей [214, с. 38].

Попри наявність зазначених норм, що встановлювали матеріальні підстави для застосування заходів службової відповідальності до медичних працівників, практика його реалізації мала процедурні перепони, що пов'язувались із необхідністю отримання висновку медичної ради [216], що визначало створення певних умов до корупційних ризиків та певного суб'єктивізму реалізації такого механізму.

Зародження радянської державності та створення у 1919 р. УСРР однією із пріоритетних стратегічних задач для країни воєнного та повоєнного розвитку визначило створення сприятливих умов для розвитку медичної професії та сфери охорони здоров'я [206, 63-64]. Складні часи формування радянської державності характеризувалися запровадженням обов'язкової трудової повинності для медичних працівників [50, с. 313], що було закріплено у постанові Всеукраїнського ревкому від 7 лютого 1920 р. «Про притягнення до трудової повинності осіб медичного персоналу» [51, с. 18–19]. Трудова повинність лікаря полягала у проходженні служби в порядку призову впродовж року. Було скасовано службово-трудова повинність лікарів 8 серпня 1922 р. відповідно до постанови РНК УСРР «Про відміну трудової повинності для медперсоналу» [104, с. 89].

Одним із перших центральних нормативних актів, що закріплював службово-трудова статус медичних працівників стали «Правила, що регулюють професійну роботу медперсоналу» (далі – Правила), запроваджені згідно із Постановою РНК УСРР 17 квітня 1924 р., де закріплювались кваліфікаційні вимоги до осіб, що претендують на посади медичної служби [195], серед яких імперативно встановлювалось необхідність здобуття

професійної освіти [206, с. 67]. Зародження нормативно-правового регулювання медичної діяльності, що відбувалося за часів формування радянської держави, характеризувалось поширенням практики закріплення засадничих вимог до медичних працівників, що переважно відбувалося не на рівні законодавчого акту, а на рівні підзаконних наказів, циркулярів, інструкцій, що, попри вирішення задачі досягнення оперативності врегулювання таких відносин, негативно впливали на «якість» законодавства [206, с. 69]. На жаль, такі тенденції у сфері врегулювання медичної професії збережено і в сучасних умовах.

Розвиток законодавства УСРР часів 1925–1935 рр. характеризувався спробами кодифікації актів у сфері охорони здоров'я, що мало в тому числі важливу задачу із нормативного закріплення стандартів регулювання праці та службового становища медичних працівників [22, с. 114]. Окремі соціально-економічні гарантії професійної медичної діяльності відбулися згідно із постановою РНК УСРР «Про поліпшення становища робітників лікарсько-санітарної справи» від 10 червня 1920 р. [206, с. 73] та постановою ЦВК і РНК СРСР від 25 вересня 1929 р., відповідно до яких закріплювався спеціальний статус пенсійного забезпечення медичних працівників [193]. Цікаво, що ще у 1935 р. було закріплено нормативний прогресивний зв'язок між розміром заробітної плати лікаря та кількості пацієнтів, що слідують за його практикою [194].

Наступним етапом розвитку законодавства у сфері охорони здоров'я та нормативного закріплення статусу медичних працівників став період 1969–1991 рр.. Саме впродовж цього періоду було запроваджено Основи законодавства Союзу РСР і союзних республік про охорону здоров'я (1969 р.) та Закон Української РСР «Про охорону здоров'я» (1971 р.) [205], що попри певну їх прогресивність в цілому мають бути охарактеризовані як певні декларативні акти. В цілому впродовж цього етапу зберігалася тенденція відомчої урегульованості статусу медичних працівників, що характеризувалось

ситуативністю нормативного регулювання. Так, у 1988 р. у сфері охорони здоров'я вже діяло понад 5 тисяч відомчих підзаконних наказів, інструкцій, вказівок та листів Міністерства охорони здоров'я СРСР [103]. Необхідно підкреслити, що на законодавчому рівні був обмежений доступ до медичної та фармацевтичної професії, що вимагало від особи, що виявила відповідне бажання успішно опанувати спеціальну підготовку та здобути професійні звання у вищих і середніх спеціальних учбових закладах СРСР [168]. Вже тоді було закріплено нормативну вимогу із обов'язку дотримання лікарської таємниці, таємниці приватного життя пацієнтів.

Розвиток національного законодавства з питань реалізації та захисту права особи на охорону здоров'я пов'язується із ухваленням у 1992 році відповідного базового профільного законодавчого акту. Таким актом стали Основи законодавства України у сфері охорони здоров'я. Зокрема, відповідно до статті 78 Основ законодавства України у сфері охорони здоров'я було встановлено такі професійні обов'язки медичних, фармацевтичних працівників та фахівців з реабілітації, як: «а) стимулювати впровадження заходів із охорони та зміцнення здоров'я людей, попередження та лікування захворювання населення, надавати медичну, лікарську і реабілітаційну допомогу на належному професійному рівні; б) забезпечити отримання належної відповідної невідкладної медичної допомоги громадянам в наслідок настання нещасного випадку та в інших надзвичайних ситуаціях; в) розповсюджувати знання про особливості функціонування людини, її соціалізації, пропаганди здорового способу фізичного існування; г) реалізувати стандарти професійної етики та деонтології, дотримуватися збереження відомостей, що містять лікарську таємницю; г) належність діяльності із підвищення рівня професійних знань та професійної майстерності; д) здійснювати консультативну допомогу колегам та іншим працівникам охорони здоров'я, фахівцям з реабілітації; е) забезпечувати здійснення діяльності згідно із принципами доказової медицини та реабілітації» [119].

Впродовж періоду з 1992 до 2017 року відбувалось напрацювання медичного законодавства, зокрема, було розроблено та прийнято ряд Законів України: «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [140], «Про захист населення від інфекційних хвороб» [156], «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» [143], «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» [146], «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові» [130], «Про лікарські засоби» [162], «Про психіатричну допомогу» [173], «Про курорти» [161].

Впровадження ідеї системи медичного страхування пов'язується із запровадженням в дію Закону України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Саме розробка такого законодавчого акту стало початком впровадження медичної реформи, основою якої є здійснення медичної діяльності на базі цивільно-правових договорів медичного страхування у загальнообов'язковому і добровільному порядку.

Суттєві зміни відбулися у регулюванні сфери охорони здоров'я через запровадження карантинних обмежень у 2020 році, що визначило початок нового етапу розвитку законодавства України. COVID-19 очевидно змусив змінити підходи до організації медичної діяльності, що передусім вимагало запровадження організаційних змін у наданні первинних, спеціалізованої, стаціонарної та амбулаторної допомоги, в тому числі із необхідністю дотримання карантинних обмежень [111]. Згідно із статтею 30 Закону України «Про санітарно-епідемічний стан населення» задля запобігання поширення інфекційних захворювань органи місцевого самоврядування мали забезпечити особистий характер здійснення амбулаторного прийому пацієнтів, що реалізовувалось в межах дії Наказу МОЗ України № 698 від 23 березня 2020 р. Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру

респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2» [154]. До завдань, що можна визначити як стратегічні завдання розвитку сфери охорони здоров'я необхідно віднести створення належних умов для: інформування пацієнтів про надання медичної допомоги в період спалаху COVID-19; необхідність отримання інформованої згоди; корекція плану лікування пацієнта з урахуванням можливої зміни епідемічної ситуації тощо. Реалізація таких стратегічних завдань пов'язувалась із активізацією діяльності у сфері телемедицини. Як зазначає Р.Ю. Гревцова, використання засобів телемедицини під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я є достатньо ефективним та сприяє забезпеченню якості надання медичних послуг. Однак, як обґрунтовує вчена, як і будь-який правовий інститут, інститут телемедицини не є досконалим, та створює певні корупційні ризики у здійсненні медичної діяльності, зокрема: наявність можливості із наданням медичних послуг із неналежним дотриманням процедур здійснення телемедицини у випадках, коли це не обумовлено наявністю об'єктивних причин та потреб [276].

Впровадження медичної реформи стикнулося із режимом воєнного стану в Україні у 2022 році. Умови воєнного часу вимагають від медичних працівників здійснення медичної діяльності на умовах оперативності, безперервності, що визначено, зокрема Законом України від 1 липня 2022 року № 2347-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [136], Законом України 29 липня 2022 року № 2494-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану» [135].

На підзаконному рівні в умовах воєнного стану в Україні ухвалено ряд Наказів МОЗ України. Зокрема, необхідно виділити Наказ МОЗ України «Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії російської федерації проти України» від 24.02.2022

р. № 374 (із змінами, внесеними Наказом МОЗ України № 507 від 20.03.2022) [155]. Відповідно до змісту зазначеного Наказу МОЗ України його функціональною метою є встановлення кола стратегічних завдань, що висунуті перед медичними закладами охорони здоров'я, що полягають: 1) у забезпеченні тимчасового припинення планових госпіталізацій пацієнтів у разі: завантаження більше 70% ліжкового фонду терапевтичного профілю; завантаження більше 50% ліжкового фонду хірургічного профілю; 2) у підготовці додаткових хірургічних команд для допомоги постраждалим внаслідок військової агресії російської федерації проти України, що вимагає в тому числі і налагодження взаємодії з органами державної влади на місцях; 3) вжитті заходів щодо збільшення надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини; 4) забезпеченні надання екстреної медичної допомоги в повному обсязі.

Іншим підзаконним актом, що має важливе значення для врегулювання статусу медичних працівників, є Наказ МОЗ України «Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції об'єднаних сил» від 25.02.2022 № 379 [219], де встановлено обов'язки для керівників медичних закладів та їх підрозділів в специфічних умовах такого адміністративно-правового режиму.

Підсумовуючи, можна виділити основні історичні етапи формування та становлення правового статусу медичного працівника:

1) давній період (IX ст. – XV ст.), коли відбувається зародження нормативного регулювання здійснення медичної діяльності («Ізборник Святослава» 1073 року «Киево-Печерський патерик» 1462 року);

2) період історії середньовіччя та нового часу (XV ст. – 1919 р.), впродовж якого з'являються ознаки державного урядування здійснення медичної діяльності та встановлення прав та обов'язків лікарів;

3) 1919 р. – 1969 рр. – період утворення СРСР та перші нормативні спроби щодо упорядкування медичної діяльності та встановлення правового статусу медичних працівників, в тому числі надати певні соціальні та матеріальні

гарантії («Правила, що регулюють професійну роботу медперсоналу», затверджені Постановою РНК УСРР 17 квітня 1924 р., постанова РНК УСРР «Про поліпшення становища робітників лікарсько-санітарної справи» від 10 червня 1920 р);

4) 1969-1991 рр., Україна в радянський період – спроби подальшої кодифікації радянського права (Основи законодавства Союзу РСР і союзних республік про охорону здоров'я (1969 р.), Закон Української РСР «Про охорону здоров'я» (1971 р.)).

5) 1991 р. – 2018 рр. – період формування національного законодавства у сфері охорони здоров'я та встановлення змісту та керівних засад здійснення адміністративно-правового статусу медичних працівників, зокрема, було розроблено та впроваджено такі нормативно-правові акти, як Основи законодавства України про охорону здоров'я, «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [140], «Про захист населення від інфекційних хвороб» [156], «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» [172], «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» [131], «Про психіатричну допомогу» [173], «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо врегулювання питання надання пацієнтам лікарських засобів зі співчуття» [133] та численну кількість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, що спрямовувались на вирішення оперативних та стратегічних задач із забезпечення права особи на охорону здоров'я;

6) 2017 – 2020 рр. – пов'язується із проголошенням та активізацією процесів запровадження медичної реформи в Україні, що має реалізовуватися на засадах загальнообов'язкового медичного страхування, створення умов доступності надання публічних електронних послуг у сфері охорони здоров'я населення. В цей період було розроблено такі нормативно-правові акти, як Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [138], Закон України від 20 грудня 2019

року № 421-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» [134] та ін.;

7) 2020 р. – 2022 р. – період запровадження карантинних обмежень та світової пандемії, що висунуло перед Україною та суспільством проблематику здійснення та надання медичних послуг за допомогою засобів дистанційного інформаційного забезпечення (в нормативному змісті це відобразилось у прийнятті Закону України «Про телемедицину» та ін.);

8) 2022 р. – по теперішній час, що визначає специфіку адміністративно-правового статусу медичного працівника в умовах воєнного стану. Розвиток законодавства у сфері охорони здоров'я у цей період характеризується необхідністю оперативного вирішення стратегічних задач із забезпечення охорони життя та здоров'я населення України в цілому, військовослужбовців, осіб, постраждалих в наслідок російсько-української війни зокрема. Впродовж цього періоду знаковими є прийняття таких законодавчих актів, як Закон України від 1 липня 2022 року № 2347-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [136], Закон України 29 липня 2022 року № 2494-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану» [135].

Більше того, можна виділити основні принципи охорони здоров'я України, які формувались довгий період історії української держави, внаслідок різного правового та економічного становища країни і, завдяки історико-правовому розвитку, стали визначальними для становлення сучасного правового статусу медичного працівника. Це такі принципи як: визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, доступність та безоплатність медичної допомоги, демократизм, забезпечення державними гарантіями, дотримання лікарської таємниці тощо.

Однак попри наявний нормативно-правовий масив актів у сфері охорони здоров'я чинним національним законодавством не вирішується значна кількість

питань встановлення функціонального та інституційного змісту таких категорій, як «медична допомога», «медичний працівник», «медичні послуги», «лікар-спеціаліст», «пацієнт» тощо. Визначення наявних нормативних колізій медичного законодавства спонукає до прийняття нової редакції Основ законодавства України про охорону здоров'я задля забезпечення права людини на охорону здоров'я.

Таким чином, історичний розвиток системи нормативного регулювання адміністративно-правового статусу медичних працівників характеризується довготривалістю реформ, що впроваджуються в Україні, відсутністю стратегії їх реалізації та фрагментарністю тенденцій наступництва здійснення урядової політики. Стратегічні задачі із впровадження медичної реформи в Україні вирішуються певною мірою ситуативно. Акцентування на проблемі ситуативного врегулювання специфіки адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні відбувається також у зв'язку із триваючим воєнним станом. Вочевидь ситуативність нормативно-правового регулювання адміністративно-правового статусу медичних працівників буде збережена у перші повоєнні роки. Аналіз історичного розвитку законодавства у сфері охорони здоров'я дозволяє зробити висновок про поступове наближення адміністративно-правового статусу медичних працівників до статусу публічних службовців за ознаками необхідності дотримання вимог інформаційної відкритості діяльності, створення умов для забезпечення надання сервісних послуг в електронній формі.

### **1.3. Система принципів професійної діяльності медичних працівників та їх втілення в законодавстві України**

Без розуміння принципів не можливим є усвідомлення права. Саме через принципи відображується зміст права, втілюється його сутність, визначаються основоположні засади, що будуються та історичних та соціальних

закономірностях розвитку суспільства та держави; принципи обумовлюють соціальні потреби. Загальнотеоретичний підхід до розуміння принципів права полягає у їх здатності відобразити усталені нормативні вимоги, дотримання яких дозволяє вирішити задачу із утвордження та захисту суспільних цінностей, визначення характеру та змісту права, також визначення тенденцій його розвитку [202, с. 124].

Встановлення вичерпного чіткого переліку принципів є неможливим, та і фактично є недоцільним. При цьому існує ряд принципів, основоположність яких не викликає заперечень, до них відносяться:

1) принцип свободи як принцип вільного вибору;

2) принцип справедливості як критерій необхідності та реальності нормативного регулювання, як критерій співвідношення між правопорушенням і застосованою санкцією тощо;

3) принцип рівності як засади забезпечення однакових можливостей для набуття, здійснення прав, виконання обов'язків, умов існування, обмежень і привілеїв, незважаючи на можливі дискримінаційні обмеження;

4) принцип гуманізму, що визначає пріоритетність прав і свобод людини у встановленні змісту державної політики;

5) принцип демократизму як створення умов для відкритого вільного висловлення своєї думки та суспільної позиції;

6) принцип законності [45, с. 66-80].

Саме такі принципи є базисом для встановлення спеціальних особливостей регулювання правовідносин в цілому, зокрема, у сфері охорони здоров'я.

Загальновизнаним є те, що Основний закон представляє собою сукупність державно-правових норм, в тому числі і тих, що створюють конституційний статус громадянина України. Відомо також, що конституційні норми мають загальний, принциповий характер, в рамках яких висловлюється рішення держави відносно тієї чи іншої проблеми. Таким чином створюються необхідні умови для адміністративно-правового статусу особи, що складаються із

сукупності конституційних прав громадян, а також прав в сфері державного управління, які надаються законами та підзаконними нормативними актами. Так проявляється практична реалізація прав та свобод громадян через адміністративно-правові гарантії.

Слід зазначити, що принципи, властиві адміністративно-правовому регулюванню суспільних відносин, знаходять свій прояв не тільки в межах виконавчої влади. Вони можуть бути знайдені в багатьох сферах правотворчої та правозастосовної діяльності, де регулятором суспільних відносин виступають, наприклад, норми фінансового, трудового чи цивільного права. Тобто тут можна говорити про універсальність адміністративно-правового регулювання, що впливає на межі дій адміністративно-правових гарантій прав і свобод громадян. Саме за допомогою таких гарантій забезпечується реальність прав і свобод громадян не тільки в сфері дій норм адміністративного права, а і інших галузей права. І це об'єктивно, оскільки практична реалізація прав і свобод громадян здійснюється органами виконавчої влади (посадовими особами). Таким чином, через адміністративне право конкретизуються, деталізуються права і свободи громадян.

Принципи правової професійної діяльності особи в Україні – це нормативно встановлені засади регламентації правового статусу особи. Реалізація принципів правової професійної діяльності особи вимагає їх об'єктивізації у свідомості особи, і лише у такий спосіб створюються умови для забезпечення їх ефективності.

Визначення принципів професійної діяльності медичних працівників базується на проголошеному ст. 49 Конституції України «праві на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» [82]. Відносна можливість реалізації принципів регулювання відносин у сфері охорони здоров'я, що утворює відокремлену систему підкреслюється у наукових працях С.В. Книша [60, с. 237].

Отже, сфера охорони здоров'я як сфера реалізації принципів професійної діяльності медичних працівників розглядається, як: 1) певна соціально

спрямована діяльність, структурний зміст якої вимагає впровадження сукупності організаційно-правових, економічних, податкових і фінансових заходів, що результативно здатні забезпечити досягнення завдання із зміцнення здоров'я та лікування захворювань людей, як складової механізму національної безпеки» (Т.О. Коломоєць) [75, с. 425]; 2) певна система сукупності заходів, заданою метою яких є компенсація та рекреація фізіологічних і психологічних функцій, створення умов для оптимальної праездатності та соціальної активності людини (В.Ю. Стеценко) [5, с. 354]. Зазначені два підходи визначають два напрями розуміння медичної діяльності – як службової діяльності та як трудової діяльності. Як зазначає Ю.О. Лєтєза та О.В. Пущкіна, ефективність забезпечення права і свободи людини загальною та індивідуальною охороною здоров'я зокрема потребує як їхнього нормативного закріплення, а й створення адміністративно-правового механізму реалізації та захисту, що дозволило вченим зробити висновок, що основні права та цінності закріплені на рівні міжнародного права, зміст якого встановлює важливі керівні принципи організації та ефективності, що визначають пріоритет гуманістичного ставлення лікаря до пацієнта, подолання проявів будь-яких форм дискримінації. Крім того, вченими підкреслюється, що право людини на охорону здоров'я є соціально-економічним правом, досягнення та захист якого визначає якість життя людини [89, с. 150].

Отже, принципами професійної діяльності медичних працівників є відображені в національному законодавстві основоположні, вихідні ідеї, що склалися в суспільній свідомості під впливом формування суспільних відносин у галузі охорони здоров'я, що регулюються адміністративним правом і з яких виходить законодавець при регламентації професійної діяльності медичних працівників.

Задля виділення та формування окремої системи професійної діяльності медичних працівників доцільно розглянути систему принципів сфери охорони здоров'я в Україні.

С.В. Книш зазначає, що розгляд принципів здійснення медичної діяльності в Україні має базувати на дослідженні принципів здійснення медичної реформи [60, с. 238–239].

Основні принципи сфери охорони здоров'я закріплені у профільному законодавчому акті – Законі № 2801-ХІІ: «визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України; дотримання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення; рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я; відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у сфері охорони здоров'я; попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я; багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції; децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі» (ст. 4) [119].

Здійснення медичної реформи має здійснюватися із врахуванням двох підходів до його принципів – доктринального та нормативного. Прибічники доктринального підходу, серед яких виділяються наукові праці таких вчених, як М.Б. Щербиніна, І.Ю. Скирда та інших, обґрунтовують, що такими принципами здійснення медичної реформи є принципи: соціальної справедливості; взаємної участі; спрямованість на посилення стану громадського здоров'я; зростання

покращення якості медичної допомоги та її результативності; створення умов для належної участі громадськості у формуванні політики [217].

Нормативними принципами здійснення медичної реформи є:

- 1) принцип гарантування якості надання медичних послуг;
- 2) принцип професіоналізму здійснення медичної діяльності;
- 3) принцип взаємодії пацієнтів та медичних працівників на основі взаємної поваги та довіри;
- 4) принцип взаємодії суб'єктів владних повноважень у здійсненні охорони прав особи на здоров'я;
- 5) принцип співмірності наданих послуг та їх ціни;
- 6) принцип громадського контролю та звітування медичних закладів про результати їх діяльності перед населенням [114].

Важливе значення у процесі формування та утвердження принципів професійної діяльності медичних працівників відіграють міжнародні приписи у сфері охорони здоров'я – керівні засади функціонування, які є загальноприйнятими та визнаються у всьому світі. Встановлення здійснення медичної реформи та її принципів, вихідних засад забезпечення охорони здоров'я населення на міжнародному рівні закріплюється в: Гельсінській декларації 2008 р. [19], Женевській декларації 1948 р. [41], Міжнародному кодексі медичної етики [108], Дванадцяти принципах організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я [31], Декларації щодо незалежності та професійної свободи лікаря 1986 р. [32], Декларації стосовно трансплантації людських органів 1987 р. [33], Мадридській декларації щодо професійної автономії і самоврядування 1987 р. [96].

С.В. Книш виокремлює такі принципи професійної діяльності медичних працівників, як: принцип служіння людству, що у створенні умов для забезпечення збереження та розвитку здоров'я нації; принцип науковості та комплексності, що вимагає належності обґрунтування вжиття тих чи інших організаційних, соціально-економічних змін у системі охорони здоров'я; принцип належності доступу до інформації про стан охорони громадського

здоров'я та вжитті заходи медичної реформи і їх результати; принцип вільного вибору пацієнтом медичного закладу та лікаря, що забезпечується в тому числі за рахунок наявності та функціонування лікарів вузьких спеціальностей; принцип сприяння підвищенню професіоналізму лікарів [61, с. 55–56].

Водночас серед міжнародних медичних актів є і ті, що стосуються виключно морально-етичного аспекту роботи лікарів. Вони передбачені Міжнародним кодексом медичної етики [108].

Варто також згадати і про морально-етичний аспект роботи лікарів, що міститься у національному законодавстві. Аналізуючи «Етичний кодекс лікаря України», прийнятий Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та X З'їздом Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27.09.2009 та Клятву лікаря України [...], яку мають давати всі випускники вищих навчальних медичних закладів України, можна виділити такі основні етичні принципи правового статусу медичного працівника, як: гуманне ставлення до хворого; надання допомоги всім, хто її потребує, незалежно від расової, політичної і релігійної приналежності; та ін..

У науковій літературі зроблено обмаль спроб визначити принципи професійної діяльності медичних працівників [90]. Зважаючи на це та підсумовуючи викладене, вважаємо за доцільне класифікувати принципи професійної діяльності медичних працівників на:

1) ті, що базуються на принципах охорони здоров'я – такі принципи визначають гуманістичну спрямованість медичної професії, вимагають створення підвищеного медико-соціального захисту найбільш вразливих верств населення; впровадження сучасних стандартів здоров'я та медичної допомоги тощо;

2) ті, що базуються на принципах реформування системи охорони здоров'я і полягають у поєднанні досягнень сучасної науки та потреб людства у порятунку життя та здоров'я особи, і вимагають постійної орієнтованості на покращення громадського здоров'я; створення умов для надання гарантованого мінімуму медичних послуг, якими, зокрема, є надання екстреної медичної

допомоги; обґрунтованості ціни медичних послуг та дотримання стандартів та якості їх надання тощо;

3) ті, що базуються на міжнародних принципах у сфері охорони здоров'я, який визначають медичну професію як професію служіння людству;

4) основні етичні принципи правового статусу медичного працівника, що полягають у: неприпустимості вжиття дії проти здоров'я хворого; недопустимості дискримінації при наданні медичних послуг та допомоги; допустимості проведення медичних експериментів лише за наявності обґрунтованої потреби у їх застосуванні.

### **Висновки до розділу 1:**

Дослідивши поняття, особливості та принципи адміністративно-правового статусу медичного працівника та здійснивши його історико-правовий аналіз розвитку, доходимо до таких висновків:

1. Запропоновано дефініцію: правовий статус медичних працівників – сукупність закріплених нормами адміністративного права їхніх прав, свобод та обов'язків, за допомогою яких медичні працівники вступають у правовідносини з державою, координують свою діяльність в межах своїх професійних об'єднань та взаємодіють із суспільством, а також можливість притягнення їх до відповідальності.

Підкреслено, що реалізація змісту адміністративно-правового статусу медичного працівника вимагає встановлення нормативного підходу до розуміння правосуб'єктності осіб, зобов'язаних надавати екстрену медичну допомогу; первинну медичну допомогу; вторинну (спеціалізовану) допомогу; третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; паліативну допомогу; медичну реабілітацію. Залежно від встановлення змісту конкретного виду

медичної допомоги на законодавчому рівні обґрунтована необхідність детермінації досліджуваної категорії у відповідному суміжному ряді, що складається із категорій «медичний спеціаліст», «лікар», «лікуючий лікар», «лікар-спеціаліст», «медичний персонал», «сімейний лікар», «лікар, що надає первинну медичну допомогу» та відповідно здійснене нормативного тлумачення нормативних термінів.

2. Виділено основні історичні етапи формування та становлення правового статусу медичного працівника:

Підсумовуючи, можна виділити основні історичні етапи формування та становлення правового статусу медичного працівника:

- Часи створення УРСС 1919 р. – перша спроба впорядкувати медичну діяльність і окреслити правовий статус медичних працівників, в тому числі надати певні соціальні та матеріальні гарантії («Правила, що регулюють професійну роботу медперсоналу», затверджені Постановою РНК УСРР 17 квітня 1924 р., постанова РНК УСРР «Про поліпшення становища робітників лікарсько-санітарної справи» від 10 червня 1920 р);
- 1969-1991 рр., Україна в радянський період – посилення демократичних засад у суспільному та державному житті, проведення нової кодифікації радянського права (Основи законодавства Союзу РСР і союзних республік про охорону здоров'я (1969 р.), Закон Української РСР «Про охорону здоров'я» (1971 р.)).
- 1991 р. – 2018 рр. – період формування національного законодавства у сфері охорони здоров'я та встановлення змісту та керівних засад здійснення адміністративно-правового статусу медичних працівників, зокрема, було розроблено та впроваджено такі нормативно-правові акти, як Основи законодавства України про охорону здоров'я, «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [140], «Про захист населення від інфекційних хвороб» [156], «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» [172], «Про

- боротьбу із захворюванням на туберкульоз» [131], «Про психіатричну допомогу» [173], «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо врегулювання питання надання пацієнтам лікарських засобів зі співчуття» [133] та численну кількість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, що спрямовувались на вирішення оперативних та стратегічних задач із забезпечення права особи на охорону здоров'я;
- 2018 – 2020 рр. – пов'язується із проголошенням та активізацією процесів запровадження медичної реформи в Україні, що має реалізовуватися на засадах загальнообов'язкового медичного страхування, створення умов доступності надання публічних електронних послуг у сфері охорони здоров'я населення. В цей період було розроблено такі нормативно-правові акти, як Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [138], Закон України від 20 грудня 2019 року № 421-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» [134] та ін.;
  - 2020 р. – 2022 р. – період запровадження карантинних обмежень та світової пандемії, що висунуло перед Україною та суспільством проблематику здійснення та надання медичних послуг за допомогою засобів дистанційного інформаційного забезпечення (в нормативному змісті це відобразилось у прийнятті Закону України «Про телемедицину» та ін.);
  - 2022 р. – по теперішній час, що визначає специфіку адміністративно-правового статусу медичного працівника в умовах воєнного стану. Розвиток законодавства у сфері охорони здоров'я у цей період характеризується необхідністю оперативного вирішення стратегічних задач із забезпечення охорони життя та здоров'я населення України в цілому, військовослужбовців, осіб, постраждалих в наслідок російсько-української війни зокрема. Впродовж цього періоду знаковими є прийняття таких законодавчих актів, як Закон України від 1 липня 2022 року № 2347-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [136], Закон України 29 липня 2022 року № 2494-IX «Про внесення

змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану» [135].

3. Виокремлено основні принципи охорони здоров'я України, які формувались довгий період історії української держави, внаслідок різного правового та економічного становища країни і, завдяки історико-правовому розвитку, стали визначальними для становлення сучасного правового статусу медичного працівника: визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, доступність та безоплатність медичної допомоги, демократизм, забезпечення державними гарантіями, дотримання лікарської таємниці тощо.

З урахуванням охарактеризованої системи принципів охорони здоров'я здійснено класифікацію принципів професійної діяльності медичних працівників як базису для реалізації їх адміністративно-правового статусу на: 1) ті, що базуються на принципах охорони здоров'я; 2) ті, що базуються на принципах реформування системи охорони здоров'я; 3) ті, що базуються на міжнародних принципах у сфері охорони здоров'я; 4) міжнародні принципи здійснення медичної практики лікарями; 5) етичні принципи медичної професії.

Висновки та положення, викладені у першому розділі, опубліковані у ряді авторських публікаціях [62; 63; 65; 66].

## РОЗДІЛ 2

### РЕАЛІЗАЦІЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО СТАТУСУ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

#### **2.1.Адміністративна правосуб'єктність медичного працівника**

Адміністративні правовідносини відрізняються від інших суспільних відносин за своїм змістом, предметом та об'єктом, що дозволяє говорити про їх ознаки. Ознаками адміністративних правовідносин є: свідомо-вольовий характер, що полягає у виданні державою належних адміністративно-правових норм, що спрямовані на забезпечення волевиявлення учасників правовідносин (В.І. Курило) [86, с. 39]; публічний характер, який реалізується через сукупність інтересів, пов'язані з задоволенням публічного інтересу та публічних завдань (Р. С. Мельник, В. М. Бевзенко) [102, с. 121–122]; унікальність методу правового регулювання, що допускає як застосування методів субординації, так і координації управлінських процесів (Ю. П. Битяк) [11, с. 60].

Структура правового статусу в межах теоретико-правових досліджень неоднозначно трактується. Зокрема, у публікаціях А. Колодія та А. Олійника виділяються такі структурні елементи правового статусу: правові норми та правові відносини; суб'єктивні права, свободи і юридичні обов'язки; громадянство; правові принципи; юридичні гарантії; публічні та приватні інтереси; правосуб'єктність; юридична відповідальність [74]. А. Панчишин обґрунтовує, що правовий статус утворюють: правові норми як його базис; права, свободи, законні інтереси та обов'язки як зміст статусу; правові принципи як засади реалізації; громадянство як зв'язок з державою; гарантії прав і свобод як умови для забезпечення належності їх реалізації; юридична відповідальність як засіб загальної та спеціальної превенції [120, с. 95-96].

Елементами адміністративно-правового статусу будь-якої особи, як і медичних працівників, на думку О. Гуміна та Є. Пряхіна, є правосуб'єктність, та

механізм юридичної відповідальності. Адміністративно-правовий статус особи формується лише із належного їй кола суб'єктивних публічних прав, тобто певних можливостей, реалізація яких допускається у взаємодію з органами публічної влади [30].

Отже, адміністративно-правовий статус – це сукупність прав та обов'язків учасників публічно-управлінських правовідносин, а також встановлений нормативний базис для їх реалізації та механізм відповідальності у разі їх неналежного виконання, здійснення та інших форм впровадження. Додатковими елементами адміністративно-правового статусу є встановлення змісту правового становища, повноваження органу публічного управління та публічної адміністрації, що складають їх компетенцію, їх функціональні завдання та призначення [63].

Згідно із загальнотеоретичним підходом адміністративно-правовий статус розуміється здатність особи мати права та їх реалізувати, а також нести відповідальність [47].

О.Ф. Скакун визначає правосуб'єктність як правову здатність особи бути носієм прав та обов'язків, що вченою визначається як постійний громадянський статус особи, а не як її ситуативна характеристика [189, с. 535-536].

Адміністративна правосуб'єктність відображує онтологію галузі права, встановлює межі діяльності учасника відповідних правовідносин, що базується на наділенні суб'єкта волею. Саме воля суб'єкта є гарантією об'єктивізації права; її свобода при цьому залежить від рівня свідомості особи [100, с. 93].

М.І. Горбач встановлює, що правосуб'єктність не є складовою адміністративно-правового статусу, а пріоритетним є встановлення підстав та порядок виникнення та припинення правосуб'єктності [27].

Як зазначалось раніше, складовими адміністративної правосуб'єктності є адміністративна правоздатність, дієздатність та деліктоздатність.

Зміст адміністративної правоздатності розуміється здатність особи володіти правами та обов'язками у сфері публічного управління [29, с. 229-230]. Встановлення змісту адміністративно-правового статусу залежить від правоздатності особи, рівня розвитку громадянського суспільства, рівня впровадження інтересів особи, делегування органами виконавчої влади окремих публічних функцій іншим інститутам держави.

Таким чином, елементом адміністративної правосуб'єктності медичного працівника є його адміністративна правоздатність, як здатність володіти певними правами та виконувати покладені на медичного працівника обов'язки, реалізація яких сприяє впровадженню стратегічних завдань із забезпечення охорони життя та здоров'я людини та громадського здоров'я в цілому.

Якщо адміністративна правоздатність – це сукупність можливостей із наділення суб'єкта відповідними правомочностями, тоді як адміністративна дієздатність – це власне створення механізмів їх належної реалізації та впровадження [4, с. 187].

Акцент на доцільності конституційного закріплення прав у межах розуміння змісту адміністративної дієздатності зроблено у наукових публікаціях І.Л. Бородіна [12, с. 65]. Визначення змісту адміністративної дієздатності І.П. Голосніченко розглядає через призму встановлення взаємозв'язків громадянина та держави в цілому, і зокрема, органів державної виконавчої влади [23, с. 32].

Загальнотеоретичний зміст адміністративної дієздатності полягає у закріпленні такої складної сукупності структурних елементів, як: право та можливість особи здійснювати належні їй права; брати участь у розробленні та реалізації управлінських актів; застосовувати заходи адміністративного примусу та нести юридичну відповідальність [6, с. 67]. На думку М. Бояринцевої, відсутня рівна адміністративна дієздатність для всіх громадян України [13, 34].

З огляду на це, адміністративна дієздатність медичного працівника зумовлена особливостями адміністративно-правових відносин у галузі охорони

здоров'я, де набуття і здійснення відповідних прав та обов'язків своїми особистими діями відбувається за наявності у фізичної особи медичної чи іншої освіти, пройдені подальшої спеціальної підготовки або перепідготовки та відповідності єдиним кваліфікаційним вимогам, що підтверджується відповідними документами (сертифікатом фахівця), при виконанні своїх професійних обов'язків, що пов'язані з наданням медичної допомоги, а також перебуванні у трудових відносинах із закладом охорони здоров'я будь-якої форми власності, фізичною особою-підприємцем або зайнятті індивідуальною медичною практикою.

Обсяг адміністративної дієздатності на відміну від обсягу цивільної дієздатності особи прямо не закріплюється [283]. Так, відповідно до положень КАС України адміністративна дієздатність розуміється як здатність особи реалізувати права в сфері публічного адміністративного адміністрування за допомогою закріплених чинним законодавством процесуальних засобів [70].

В якості проміжного висновку пропонуємо таке визначення: адміністративна дієздатність медичних працівників – це їх здатність реалізовувати свої права та обов'язки адміністративно-правового характеру, що виникає і припиняється разом з їх адміністративною правоздатністю та настає після отримання особою медичної або іншої освіти, проходження подальшої спеціальної підготовки або перепідготовки та отримання відповідних документів (сертифікат фахівця), що підтверджує відповідність єдиним кваліфікаційним вимогам, виконання своїх професійних обов'язків, пов'язаних із наданням медичної допомоги, та перебування у трудових відносинах із закладом охорони здоров'я будь-якої форми власності, фізичною особою-підприємцем або зайняття індивідуальною медичною практикою.

Третьою складовою адміністративної правосуб'єктності є деліктоздатність, що означає застосування механізмів відповідальності, що, як зазначає М.А. Бояринцева, безпосередньо пов'язується із спеціальним професійним статусом особи [13, с. 35].

Очевидно, що складовою адміністративної правосуб'єктності є адміністративна правоздатність, адміністративна дієздатність та адміністративна деліктоздатність особи, і здійснення характеристики кожного із цих елементів забезпечує відображення специфіки її статусу як у загальних правовідносинах, так і у правовідносинах, в яких вона реалізується як професіонал.

Отже, адміністративно-правовий статус медичних працівників реалізується через специфіку такої професійної діяльності. При цьому важливе значення має розуміння адміністративної деліктоздатності медичного працівника як його здатність нести юридичну відповідальність.

Проаналізувавши запропоновані поняття та елементи, можна дійти висновку, що встановлення змісту та структури адміністративної правосуб'єктності в цілому, і зокрема, медичних працівників полягає у відсутності нормативної однозначності підходів до його, на відміну від цивільної правосуб'єктності.

Щодо визначення поняття адміністративної правосуб'єктності медичного працівника, вважаємо за доцільне подати його у такому варіанті: адміністративна правосуб'єктність медичного працівника – це його правова здатність бути носієм прав та обов'язків, що становить постійний статус медичного працівника, здатність виступати учасником правовідносин та в окремих випадках нести відповідальність за порушення норм адміністративного права.

Отже, проаналізувавши наведені вище твердження, можемо виділити такі структурні (юридичні) елементи адміністративно-правового статусу медичних працівників: публічні суб'єктивні права та юридичні обов'язки, а також обсяг і характер правосуб'єктності (дієздатності, правоздатності та деліктоздатності).

## 2.2. Класифікація прав та обов'язків медичного працівника

Трансформація предмету адміністративного права полягає у запровадженні побудови відносин між людиною та державою на засадах служіння останньої, сервісного обслуговування населення тощо [1, с. 28]. Отже, реалізація адміністративно-правових відносин пов'язується із здійсненням окремими особами наданої їм адміністративної правосуб'єктності. І відповідно як було встановлено у попередньому підрозділі специфіка реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників залежить від встановлення змісту їх професійної діяльності, що спрямовується на створення умов для охорони життя та здоров'я особи. Зокрема, згідно із ст. 6 Основ встановлюється, що кожен громадянин має право на кваліфіковану медичну допомогу. До прав осіб, що потребують кваліфікованої медичної допомоги полягає у вжитті найбільш ефективних методів лікування, що здатні забезпечити її одужання чи зменшення страждань. Реалізація таких прав безпосередньо кореспондується із реалізацією встановлених ст. 77 Основ професійних прав, обов'язків та гарантій діяльності медичних та фармацевтичних працівників [119].

Медичні працівники мають як загальну правосуб'єктність, так і спеціальну адміністративну правосуб'єктність. В межах змісту розуміння загальної правосуб'єктності медичних працівників їх права та обов'язки є рівними із іншими учасниками правовідносин, тобто правами, як, зокрема, визначених у розділі II Конституції України. Однак медичний працівник є носієм спеціальної правосуб'єктності, що відрізняє його від інших осіб. Медичні працівники є рівними у здійсненні загальних прав особи (права на життя, права на гідне ставлення до них, право на свободу та особисту недоторканність тощо). Спеціальні права та обов'язки медичних працівників закріплюються відповідно до Основ [127;119].

Медичні працівники наділені правом обмеженого інформування особи про стан її здоров'я задля забезпечення проходження процесу лікування (ст. 39 Основ) [119].

Реалізація інформаційно-процесуальних прав медичними працівниками полягає у створенні умов із забезпечення можливостей використання інформації, що містить відомості, які складають лікарську таємницю, задля змістовного наповнення навчального процесу, здійснення науково-дослідної роботи за умови належності захисту персональних даних пацієнта та дотримання вимог його анонімності (ст. 40 Основ).

Здійснення лікування людини та надання їй медичної допомоги вимагає наділення спеціальними правами медичних працівників діяти в умовах виправданого ризику, що передбачає застосування заходів медичного втручання, що створює загрозу для життя та здоров'я пацієнта, але є об'єктивно необхідним та допускається без отримання процесуальної згоди останнього (ст.ст. 42-45 Основ) [119].

Нормативне закріплення прав та обов'язків медичних працівників як складової адміністративної правосуб'єктності здійснюється відповідно до положень законодавства про працю, положеннями колективного договору підприємства, статутів підприємств та організацій, змісту індивідуальним трудовим договором, посадовою інструкцією тощо [34, с. 107-108].

Таким чином, узагальнені права медичних працівників поділяються на: трудові; соціально-економічні; інформаційно-процесуальні.

Відповідно до ст. 78 Основ закріплено коло обов'язків медичних працівників, що полягають у: вжитті заходів із надання медичної допомоги на оплатних та у встановлених законодавством випадках – на безоплатних підставах, застосування яких сприяє зміцненню стану здоров'я людей, профілактиці та оздоровлення людей, їх рекреації і лікуванню захворювань, запобіганню поширенню хвороб; сприяти рівню освіти та знань людей про здоровий образ життя, запобігання захворювання людей; дотриманні вимог

професійної етики та деонтологічних стандартів медичної професії; постійному підвищенню рівня свого професіоналізму; керуватися у здійсненні медичної діяльності вимогами із дотримання принципів доказової медицини/доказової реабілітації.

Статтею 34 Основ визначено, що обов'язками лікуючого лікаря встановлює своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта.

Згідно зі ст. 39 медичний працівник має повно інформувати особу про стан його здоров'я та ціль проведення медичних досліджень, включаючи оприлюднення ймовірного результату лікування.

Також, ст. 52 встановлює обов'язок надання медичної допомоги комплексно та повно [119].

Зміст адміністративно-правового статусу медичних працівників залежить від посади, яку особа обіймає посаду, тобто пов'язується із змістом посадових обов'язків, що ними виконуються залежно від змісту трудової функції. Наприклад, обіймання посади головного лікаря вимагає від особи здійснення організаційно-управлінських задач із забезпечення формування кадрового потенціалу медичного закладу, створення умов для зростання професіоналізму медичних працівників, із забезпечення доступу до публічної інформації про фінансові результати діяльності установи тощо.

Реалізація адміністративно-правового статусу медичних працівників відбувається в умовах дотримання вимог трудового законодавства, що полягає у дотриманні дисципліни праці та сумлінному виконанні своїх обов'язків тощо.

Враховуючи також принцип кореспондування прав і обов'язків, можемо визначити такі спеціальні обов'язки медичних працівників, що пов'язані з наданням медичної допомоги пацієнту і не мають системного закріплення у чинному законодавстві України, а «розкидані» по окремих статтях та впливають з прав пацієнтів: обов'язок здійснювати належне медичне обслуговування, спрямоване на попередження захворювання; сприяти

ефективному та доступному для усіх громадян медичному обслуговуванню не допускаючи проявів дискримінації за ознаками наявності фінансових ресурсів, місця проживання, виду захворювання або часу звернення за допомогою; надавати пацієнту повну і достовірну інформацію про стан його здоров'я та ознайомлювати з відповідними медичними документами, що стосуються здоров'я; поважати час пацієнтів, тобто надавати необхідне лікування без зволікань, протягом наперед встановленого строку; надавати якісне медичне обслуговування на основі специфікації і в точній відповідності до стандартів, у тому числі високих стандартів безпеки; попереджати за можливості страждання і біль пацієнта; адаптувати лікувальні чи діагностичні процедури відповідно до потреб пацієнта; не дискримінувати пацієнта за будь-якими ознаками [67].

Громадська організація «Фундація медичного права та біоетики України» зазначає, що у ст. 78 Основ висвітлено професійні обов'язки медичних працівників. Вони є загальними, тобто обов'язками, які пов'язані із здійсненням медичної практики загалом [126].

У зв'язку з цим, варто запропонувати за обсягом здійснення медичної практики класифікацію обов'язків медичних працівників на: загальні професійні обов'язки медичних працівників, які пов'язані із здійсненням медичної практики загалом (зміцнення здоров'я людей, запобігання захворювань та ін.) та спеціальні обов'язки медичних працівників, що пов'язані з наданням медичної допомоги пацієнту та впливають з прав пацієнтів (здійснювати належне медичне обслуговування, спрямоване на попередження захворювання; сприяти ефективному та доступному для усіх громадян медичному обслуговуванню без дискримінації) [67].

Окремо необхідно підкреслити про запровадження специфічного змісту прав та обов'язків в умовах воєнного стану, що встановлюється рядом нормативно-правових актів підзаконного характеру.

Таким чином, за сферою реалізації та функціональним змістом права медичних працівників можуть поділятися на: *трудові* (право здійснення

медичної та фармацевтичної діяльності в межах здобутої спеціальності та кваліфікації та з дотриманням належних умов працевлаштування; право мати скорочений робочий день та на додаткову оплачувану відпустку у встановлених чинним законодавством випадках, встановлених законодавством; право на функціонування професійних об'єднань та інших спільнот); *службові* (право підвищувати кваліфікацію та користуватися можливостями із перепідготовки один раз на п'ять років чи більше; право на оплату праці тощо); *духовно-культурні* (право на вибір наукової діяльності та інших форм діяльності в межах сфери охорони здоров'я; право на відпустку); *соціально-економічні* (право на соціальне забезпечення; право на земельний пай; право на обладнання транспортного засобу тощо); *інформаційно-процесуальні* (право на судовий захист професійної честі та гідності; право на доступ до публічної, соціальної, екологічної та інших видів спеціальної інформації, оволодіння якою є необхідною для надання медичної допомоги на належному рівні).

За нормативно-правовими підставами набуття прав та виконання обов'язків медичних працівників можливим є виділити: права медичних працівників, що встановлюються трудовим законодавством; права медичних працівників, що встановлюються службовим законодавством; права медичних працівників, що встановлюються цивільним законодавством; права медичних працівників, що встановлюються конституційним законодавством.

За умовами набуття та реалізації правосуб'єктність медичних працівників поділяється на: правосуб'єктність медичних працівників, що здійснюється в умовах звичайних адміністративних правових режимів; правосуб'єктність медичних працівників, що здійснюється в умовах спеціальних адміністративних правових режимів.

### **2.3. Адміністративно-правова характеристика основних прав медичних працівників**

Закріплені у законодавстві права та обов'язки медичних працівників не завжди гарантують їх практичне дотримання та забезпечення. Тому надзвичайно важливо розглянути та дати характеристику окремим правам та обов'язкам медичних працівників задля подальшого аналізу основних порушень цих прав державою, запропонувати методи їх запобігання, а також, способи удосконалення правового статусу медичного працівника.

Згідно з Конституцією України, кожен має право на освіту (ст. 53) та право на працю (ст. 43) [82]. Відповідно до ст. 74 Основ, правом займатися медичною і фармацевтичною діяльністю володіють особи, що відповідають встановленим кваліфікаційним вимогам. Відповідно до кваліфікаційних вимог до осіб, що здійснюють медичну та фармацевтичну діяльність, чи здійснюють діяльність, пов'язану із реабілітацією особи, закріплюється згідно із рішенням МОЗ України. При цьому до обов'язків керівника медичного закладу чи головного лікаря відноситься також обов'язок із дотримання посадових обов'язків іншими працівниками.

Дотримання кваліфікаційних вимог кадрового забезпечення медичних закладів гарантується встановленням механізму відповідальності керівників реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів, а також ліцензійних органів [119]. Професійні обов'язки, права та відповідальність медичних працівників визначаються посадовими інструкціями та функціональними обов'язками, що розробляються в закладах охорони здоров'я відповідно до конкретних умов їх діяльності й затверджуються їх керівниками.

Таким чином, особа, яка відповідає встановленим законом вимогам щодо здійснення медичної чи фармацевтичної діяльності і її фактично здійснює, в закладі охорони здоров'я чи індивідуально, провадячи приватну медичну або фармацевтичну практику, може бути наділена статусом «працівника охорони

здоров'я». Відповідно до п. «а» ст. 77 Основ право на заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до набутої спеціальності та кваліфікації реалізується лише медичними працівниками [119]. Єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, що займаються певними видами медичної та фармацевтичної практики, так само як і у сфері народної та нетрадиційної медицини, що регламентується МОЗ України. Відповідальність за додержання зазначених кваліфікаційних вимог несуть керівники закладів охорони здоров'я й органи, яким надано право видавати ліцензії фізичним особам – суб'єктам підприємницької діяльності, що затверджується наказом МОЗ України від 28 жовтня 2002 р. № 385 [149], та наказом МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117 [37].

Обов'язковим елементом здійснення медичної практики є також ліцензування цього виду господарської діяльності, адже відповідно до ст. 7 Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» від 02.03.2015 р. («Перелік видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню»), ліцензуванню підлягають виробництво лікарських засобів, оптова, роздрібна торгівля лікарськими засобами (п. 10), медична практика (п. 15) [163].

Відповідно до міжнародних стандартів, зокрема ч.1 ст. 23 Загальної декларації прав людини встановлено дія принципів свободи праці [44].

Комітет з економічних, соціальних і культурних прав зазначив у своєму загальному коментарі №18, що право на працю, яке гарантується у МПЕСКП, закріплює обов'язок держав-учасниць забезпечувати їх громадянам право на працю та її свободу, в тому числі і свободу не працювати [10]. Пункт «б» ст. 77 Основ передбачає, що медичні працівники мають право на належні умови професійної діяльності [119].

Це ж право гарантується і законодавством про працю. Працівники мають право на здорові та безпечні умови праці (ч. 2 ст. 2 КЗпП України), що має гарантуватися власником або уповноваженим ним орган (ст. 153 КЗпП) [71].

Відповідно до чинного законодавства України, належні умови професійної діяльності медичних працівників має забезпечити роботодавець – керівник закладу охорони здоров'я. Ця вимога не залежить від типу закладу охорони здоров'я чи підпорядкування. Саме керівник закладу охорони здоров'я відповідальний за безпеку медиків на робочому місці, за забезпечення лікарів, медичних сестер та інших працівників закладів охорони здоров'я усіма засобами для виконання своєї роботи, належні санітарно-побутові умови і у разі потреби - засоби індивідуального чи колективного захисту - спецодяг, спецвзуття, рукавички, захисні екрани тощо.

Медичні працівники не повинні купувати медичний інструмент та обладнання. Такий обов'язок має виконуватися керівником закладу охорони здоров'я разом із власником закладу, яким є орган місцевої влади чи інший владний суб'єкт.

Власник психіатричного закладу або уповноважений ним орган зобов'язаний забезпечувати належні умови праці для медичних працівників, що також розуміється як створення належних умов догляду за особами, яким надається психіатрична допомога (п. 9 ст. 29 Закону України «Про психіатричну допомогу») [173]. Подібний обов'язок встановлюється для власників або уповноважених ними органів закладів охорони здоров'я, які проводять діагностичні дослідження на туберкульоз [131].

Законодавство України також забезпечує медичних і фармацевтичних працівників правом на підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах. Так, згідно з наказом МОЗ України від 22.07.1993 р. № 166 вимагається проведення безперервного навчання для забезпечення високої кваліфікації лікарів (провізорів) (п. 1.1). Удосконалення як форма навчання можливе у вигляді підвищення кваліфікації, курсів тематичного удосконалення та передатестаційних циклів (п. 2.2) [170].

01 січня 2022 року набрала чинності Постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 року № 725, відповідно до якої працівники сфери

охорони здоров'я після здобуття вищої освіти та отримання сертифіката лікаря-спеціаліста, провізора-спеціаліста або диплома про закінчення закладу фахової передвищої освіти зобов'язані здійснювати безперервний професійний розвиток (далі – БПР) [170].

Для збереження інформації про провайдерів, заходів БПР, обліку балів БПР діє відповідна система державного обліку медичних та фармацевтичних працівників, яка призначена.

Окремим правом медичних працівників є право на створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій, гарантоване Основами законодавства України про охорону здоров'я, завдяки конституційним правам громадян на свободу об'єднання...у громадські організації (ч. 1)... «права на участь у професійних спілках з метою захисту своїх трудових і соціально економічних прав та інтересів» (ч. 3), що корелюється із ст. 22 Міжнародного пакту про громадянські та політичні права [109].

Стаття 2 Конвенції МОП про свободу асоціації та захист права на організацію [76] закріплює свободу працівників і роботодавців у створенні професійних та інших об'єднань, що є основним правом, проголошеним ст. 2 Конвенції МОП № 87, яке дозволяє лобіювати та захищати інтереси працівників [112]

Згідно з п.2.12 Етичного кодексу лікаря України участь в роботі професійних об'єднань і асоціацій, одночасно отримуючи їх захист і підтримку є правом лікаря. Лікарські об'єднання та асоціації зобов'язані сприяти і надавати кожному із своїх членів допомогу у дотриманні та відстоюванні принципів високого професіоналізму, фахової незалежності, моральності, етики і деонтології [39].

Профспілки, їх об'єднання мають право представляти інтереси своїх членів при реалізації ними конституційного права на звернення за захистом своїх прав до судових органів, Уповноваженого Верховної Ради з прав людини, а також міжнародних судових установ. Профспілки також здійснюють

громадський контроль за дотримання трудових прав медичних працівників; профспілки можуть створювати служби правової допомоги, інспекції та комісії для реалізації своїх функцій, а також їх уповноважені можуть подавати роботодавцям клопотання, що є обов'язковими для їх розгляду.

Конституція України у ст.5 гарантує також право кожного громадянина на судовий захист [82]. Згідно з рішенням Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням громадянки Дзюби Галини Павлівни щодо офіційного тлумачення частини другої статті 55 Конституції України та статті 248-2 Цивільного процесуального кодексу України (справа громадянки Дзюби Г. П. щодо права на оскарження в суді неправомірних дій посадової особи) від 25.11.1997 р. № 6-зп: «Частина 2 ст. 55 Конституції України необхідно розуміти так, що кожен, тобто громадянин України, іноземець, особа без громадянства, має гарантоване державою право оскаржити в суді загальної юрисдикції рішення, дії чи бездіяльність будь-якого органу державної влади, органу місцевого самоврядування, посадових і службових осіб, якщо громадянин України, іноземець, особа без громадянства вважають, що їх рішення, дія чи бездіяльність порушують або ущемляють права і свободи громадянина України, іноземця, особи без громадянства чи перешкоджають їх здійсненню, а тому потребують правового захисту в суді» [42].

Ст. 6 КАС України вказує, що кожна особа має право в порядку, встановленому цим Кодексом, звернутися до адміністративного суду, якщо вважає, що рішення, дією чи бездіяльністю суб'єкта владних повноважень порушені її права, свободи або її інтереси [70].

Окрім того, ч. 3 ст. 2 Міжнародного пакту про громадянські та політичні права вказує, що кожна держава, яка бере участь у цьому Пакті, зобов'язується: гарантувати ефективність захисту; компетентність послуг із захисту; належність правового захисту [110].

Відповідно до ч. 1 ст. 2 Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права встановлює засади взаємодії держав у забезпеченні права особи на охорону здоров'я [109].

У багатьох випадках достатньо адміністративних форм правового захисту, що мають характеризуватися доступністю, економічністю, своєчасністю та ефективністю, відповідати вимогам недопущення дискримінації у їх реалізації [55].

У контексті права на подання скарги, варто теж розглянути право на свободу висловлення думки та інформацію. Згідно із ч. 2 ст. 19 Міжнародного пакту встановлює право особи свободу вираження свого погляду, що полягає застосуванні будь-яких форм реалізації незалежно від території та способів поширення інформації та ідей [109].

Наголосимо, що медичним працівникам має гарантуватися захист від незаконного переслідування у разі оприлюднення ними відомостей, що мають підвищений суспільний резонанс.

Кожен лікар має право на свободу вибору форм, методів і засобів лікування, що реалізується в тому числі шляхом забезпечення доступу до соціальної, екологічної та спеціальної медичної інформації.

З початку трансформації системи охорони здоров'я МОЗ України взяло курс на впровадження виключно доказових методів лікування і постулату, що медицина - це науковий підхід до вирішення питань зі здоров'ям, який не може мати національної приналежності. Процес оновлення і вдосконалення методик у світі відбувається дуже стрімко і саме тому Міністерство дозволило лікарям використовувати найсучасніші світові протоколи і настанови, що закріплено наказом МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р. [137].

Протоколи лікування пропонують чіткі рекомендації для практикуючих лікарів, а також підвищують якість клінічних рішень. Окрім того, вони сприяють узгодженості надання медичної допомоги пацієнтам на всіх рівнях. Українські

лікарі в щоденній практиці також можуть керуватись джерелами клінічних настанов після затвердження їхнього перекладу в якості нового клінічного протоколу внутрішнім наказом; онлайн-платформою з протоколами на засадах доказової медицини ([guidelines.moz.gov.ua](http://guidelines.moz.gov.ua)), уніфікованими клінічними протоколами, якщо заклад охорони здоров'я, в якому працює лікар, не затвердив нові клінічні протоколи.

Загальноправовий статус учасників трудових правовідносин встановлює право кожної особи на державне соціальне страхування [71]. Згідно з п. «е», «є» ст. 77 Основ встановлюється специфіка реалізації такого права для медичних і фармацевтичних працівників, що захищає їх інтереси у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків, включаючи право на соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання, каліцтва чи набуття професійного захворювання [119].

Так само обов'язково державою страхується життя та здоров'я працівника, який надає лікувально-діагностичну допомогу хворим, надає медичну допомогу хворим на туберкульоз, працює із живими збудниками туберкульозу чи матеріалами [131].

Подібний режим загальнообов'язкового медичного страхування встановлюється згідно зі ст. 39 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», для медичних та інших працівників, що пов'язані з виконанням професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб [156], для працівників державної санітарно-епідеміологічної служби [140] та працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги [173].

Як уже зазначалось, у разі загрози життю хворого медичні працівники мають право використати будь-який наявний транспортний засіб для проїзду до місця перебування хворого з метою надання невідкладної допомоги або транспортування його в найближчий лікувально-профілактичний заклад (ст. 37 Основ).

Згідно зі статтею 124-1 КУпАП ненадання посадовими особами підприємств, установ, організацій і громадянами транспортних засобів, що їм належать... медичним працівникам... у встановлених законом невідкладних випадках тягне за собою накладення штрафу в розмірі чотирьох неоподатковуваних мінімумів доходів громадян [72].

Згідно зі статтею 34 Основ лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, у разі втрати довірчих відносин між медичним працівником та особою, якій надається медична допомога [119].

Це одне з небагатьох прав лікаря під час надання медичної допомоги пацієнту. В такому випадку лікар не нестиме відповідальності за здоров'я хворого у разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму. Варто наголосити, щоб реалізувати це право й захистити себе від необґрунтованих скарг пацієнта, лікар, якщо він бажає відмовитись від подальшого лікування пацієнта і має на те законні підстави, повинен дотримати певної процедури.

Належною умовою задля розірвання стосунків лікаря від супроводження процесу лікування пацієнта є невиконання чи неналежність дій пацієнта щодо дотримання приписів лікаря, включаючи не дотримання режиму перебування у медичному закладі, що має бути задокументовано. З підтвердженими фактами порушень і відповідною заявою лікар повинен звернутись до керівника закладу охорони здоров'я.

Правила внутрішнього розпорядку є локальними актами закладів охорони здоров'я. Їх затверджує головний лікар. Ці правила визначають права та обов'язки пацієнта під час звернення за медичною допомогою та перебування у лікарні. Найчастіше правила включають такі прості речі як заборона куріння у закладі охорони здоров'я, дотримання режиму тиші тощо.

Правила мають бути розміщені у вільному доступі - найчастіше їх розміщують на дошках оголошень у закладі охорони здоров'я.

Якщо пацієнт стаціонару порушує затверджені у лікувальному закладі Правила внутрішнього розпорядку, це також необхідно зафіксувати шляхом складання акта.

Медичний працівник має виважено підходити до врегулювання питання із розголошення відомостей, які містять лікарську таємницю, дотримуючись етичних стандартів та професійної коректності діяльності, що гарантується встановлення механізму кримінальної відповідальності за ст.145 КК України, а також кримінальною відповідальністю за поширення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст.132 КК України) [84].

Звертаючись до лікаря пацієнт у більшості випадків бажає дотримання медичним працівником конфіденційності щодо отриманих під час надання медичної допомоги відомостей.

Так, згідно з положеннями чинного законодавства України пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я. Встановлюється безпосередня заборона вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта, згідно з ст. 39-1 Основ та ст. 286 ЦК України [119; 211].

Право на інформацію про стан здоров'я дитини або підопічного (недієздатної особи) мають також батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник, як законні представники такої особи (ч. 2 ст. 285 ЦК України, ст. 39 Основ). У разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті, ознайомлюватись з висновками щодо причин смерті.

Наречені відповідно до ч. 4 ст. 30 Сімейного кодексу України мають право знати про результати медичного обстеження [188].

Разом з тим, законодавчо встановлені певні випадки, що надають лікареві право розголошувати інформацію про пацієнта без його згоди чи згоди його законного представника.

Згідно зі статтею 7 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [140] винятки можуть бути також при загрозі поширенні інфекційних захворювань; у разі епідемій, епізоотій чи інших загроз громадському здоров'ю населення, з виплатою у встановленому порядку допомоги з соціального страхування.

У разі наявності проявів насильства в сім'ї медичний працівник може повідомити інформацію про пацієнта без його згоди чи згоди його законного представника. Так само працівники центрів медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї мають повідомити про факти насильства в сім'ї органам Національної поліції шляхом надання інформації, що закріплюється Законом України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» [145]. Крім того Законом України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» встановлюються підстави облігаторності повідомлення даних про стан здоров'я людини. Інформація про лікування особи в наркологічному закладі має надаватися правоохоронним органам у разі притягнення цієї особи до кримінальної або адміністративної відповідальності (ч. 5 ст. 14) [158].

Наступне це випадки, передбачені Законом України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», де встановлюється режим бігу інформації про особу, хвору на туберкульоз, яка звільнилась з місць позбавлення волі (арештного дому) (ч. 2 ст. 18 Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз») [131].

Надання лікувально-профілактичних заходів потерпілим, що постраждали внаслідок нещасних випадків невиробничого характеру надає для медичних працівників право повідомлення інформації про стан їх здоров'я без їх згоди чи згоди їх законного представника. Зокрема, відповідно до Постанови Кабінету

Міністрів України від 22 березня 2001 р. № 270 закріплено, що лікувально-профілактичні заклади, які надають медичну допомогу пацієнтам, які є потерпілими внаслідок нещасних випадків мають впродовж 24 годин надіслати письмове повідомлення до районної держадміністрації (виконавчого органу міської, районної у місті ради); про кожний нещасний випадок, що стався внаслідок споживання (користування) нехарчової продукції - до органу державного ринкового нагляду у відповідній сфері відповідальності; про нещасний випадок із смертельним наслідком, пов'язаний із заподіянням тілесних ушкоджень іншою особою, а також нещасний випадок, що стався внаслідок контакту із зброєю, боєприпасами та вибуховими матеріалами або під час дорожньо-транспортної пригоди, - прокурору та органу досудового розслідування, - про кожний нещасний випадок [124].

Разом з тим згідно п. 3.6 Етичного кодексу лікаря України медична інформація про пацієнта може бути розголошена за умов дотримання сукупності таких умов, як: наявність письмової згоди пацієнта; за постановою правоохоронного органу чи суду; необхідність збереження життя пацієнта. Оприлюднення хворого, його візуального відображення допускається лише за його згоди, а також за наявності згоди його представників чи опікунів. Крім того у разі лікування особи з обмеженою дієздатністю, недієздатної особи, неповнолітньої чи малолітньої дитини медичний працівник може здійснювати медичне втручання лише у разі наявності згоди опікуна, піклувальника чи одного із батьків [39].

Ще одне право медичного працівника, що передбачене у низці нормативно-правових актів, це право здійснювати медичне втручання без згоди пацієнта та/або його законних представників.

Допускається право медичного працівника оперувати, застосовувати складні методи діагностики чи здійснювати інші медичні втручання без згоди пацієнта чи його законних представників, у разі наявності: реальної загрози для життя людини, а не планового лікування, що обумовлено не гострою потребою;

невідвортної небезпеки для життя особи, що не може бути усунена у інший спосіб; шкоди меншої від тієї, що може бути усунена в межах медичного втручання; шкоди, що є критичною для життя ситуації (ч. 4 ст. 130 КЗпП [71]); особливо небезпечної інфекційної хвороби, навіть у разі наявності відмов від амбулаторного лікування (ч. 2 ст. 28 Закону України від 24.02.1994 р. № 4004-ХІІ [140]); інфекційної хвороби, що передаються статевим шляхом (ч. 1 ст. 26 Закону від 06.04.2000 р. № 1645-ІІІ) [156]; наркотичної залежності у людини, яка при цьому ухиляється від добровільного лікування або продовжує після лікування вживати наркотичні засоби без призначення лікаря (ч. 1 ст. 16 Закону України від 15.02.1995 р. № 62/95-ВР) [158]; рішення суду, незалежно від призначеного покарання, особи, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших людей (ч. 1 ст. 96 КК України від 05.04.2001 р. № 2341-ІІІ) [84].

Психіатричний огляд і лікування пацієнта без його згоди у разі: створення загрози вчинення або виявлення реальних намірів вчинити особою дії, які становлять безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих; неспроможності особи у самостійному задоволенні свої основних життєвих потреб на достатньому для її життєдіяльності рівні (статті 11–14 Закону України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 р. № 1489-ІІІ); рішення суду, що ухвалюється на підставі заяви родичів особи, яка підлягає психіатричному огляду; наявність у людини тяжкого психічного розладу, що створює небезпеку для неї та її оточення, якщо обстеження або лікування особи допускається в стаціонарних умовах.

Окрім цього, медичний працівник має право обмежити надання інформації пацієнту про стан здоров'я, коли повна інформація може заподіяти шкоду здоров'ю пацієнта, згідно зі статтею 39 Основ [119].

Варто підкреслити, що підстави обмеження пацієнта у наданні інформації можуть бути визначені лікарем на власний розсуд із міркувань відвернення більшої шкоди його здоров'ю пацієнта. Однак згідно з п.3.7 Етичного кодексу

лікаря України наявність наполегливої вимоги пацієнта встановлює для медичного працівника розкрити йому повну вичерпну інформацію про стан його здоров'я, але необхідно це зробити делікатно й обережно, підтримуючи у людині надію на життя, та успішність лікування [39].

До статусу медичних працівників відносяться встановлені чинним законодавством пільги, які попри їх закріплення у законодавстві України (наприклад, у ст. 77 Основ) на практиці реалізувалися як в умовах мирного часу, так і в умовах воєнного стану [171]:

- запровадження обмежень конституційних прав і свобод людини і громадянина, передбачені статтями 43 (встановлює право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею, яка вільно обирається або на яку людина вільно погоджується) та 44 (передбачає право на страйк для захисту своїх економічних і соціальних інтересів) Конституції України;

- не застосовуються норми законодавства про працю в частині відносин, врегульованих цим законом.

Також в умовах воєнного стану роботодавець має право перевести працівника на іншу роботу, не обумовлену трудовим договором, без його згоди, але виключно: для відвернення або ліквідації наслідків бойових дій; з інших обставин, які ставлять або можуть поставити під загрозу життя чи нормальні життєві умови людей [171].

Водночас відносно працівника не діють положення статті 32 КЗпП України, які зобов'язували роботодавця повідомляти працівника про зміну істотних умов праці (а переведення працівника - це зміна істотних умов праці) за 2 місяці до дати такого переведення. Тож можна констатувати, що в цій частині відбулося звуження прав та гарантій для працівників, що стосуються обставин зміни істотних умов праці [187].

Умови воєнного стану виявили суттєві порушення прав медичних працівників.

Захист медичного персоналу під час збройного конфлікту закріплений у таких міжнародних актах: Конвенції про захист цивільного населення під час війни від 12.08.1949 р., Женевській конвенції про поводження з військовополоненими від 12.08.1949 р., Конвенції про поліпшення долі поранених і хворих у діючих арміях від 12.08.1949 р., Конвенції про поліпшення долі поранених, хворих та осіб, які зазнали корабельної аварії, зі складу збройних сил на морі від 12.08.1949 р., Додатковому протоколі Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 р., що стосується захисту жертв міжнародних збройних конфліктів (Протокол I), від 8 червня 1977 р., Додатковому протоколі до Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 р., що стосується захисту жертв збройних конфліктів неміжнародного характеру (Протокол II), від 8 червня 1977р.

Відповідно до ст. 9 Додаткового протоколу II від 8 червня 1977 р. гарантується захист медичним працівникам належні умови для надання медичної допомоги. Медичний працівник не може бути примушений до вчинення дій, що протирічать етиці медичної діяльності (п. 2 ст.16 Додатковий протокол I від 8 червня 1977 р., п. 2 ст. 10 Додатковий протокол II від 8 червня 1977 р.).

Дії, вчинені медичним працівником, якщо вони не суперечать вимогам етики медичної служби та діяльності, не можуть бути санкціоновані покаранням (п. 1 ст. 16 Додатковий протокол I від 8 червня 1977 р., п. 1 ст. 10 Додатковий протокол II від 8 червня 1977 р., норма 26 звичаєвого МГП).

Умови збройних конфліктів міжнаціонального та внутрішньо національного характеру вимагають застосування спеціальної норми, відповідно до якої медичні працівники знаходяться під гуманітарним захистом до того моменту поки, не заподіє шкоди інтересам особи. В умовах збройного конфлікту продовжують діяти вимоги дотримання медичної таємниці (п. 3 ст.16 Додатковий протокол I від 8 червня 1977 р., п. 4 ст. 10 Додатковий протокол II від 8 червня 1977 р.).

Регулювання медичних гуманітарних місій здійснюється також згідно із Резолюцією щодо захисту гуманітарних медичних місій 1988 року [176], де викладено умови дотримання прав цивільних осіб без винятку, не залежно від того особа є ворогом чи ні. Медичний персонал не повинен проявляти упереджене ставлення до особи впродовж дії гуманітарної місії. Резолюція щодо захисту гуманітарних медичних місій 1988 року [176] містить такі права медичного персоналу: право гарантування заборони арешту медичного працівника; право вимагати гідного ставлення та створення умов для їх захист; заборона покарання та утисків за надання медичної допомоги; право на доступ до будь-яких місць, де може знадобитися допомога лікаря; право зберігати лікарську таємницю. Медичні працівники у своїй діяльності можуть застосовувати принцип «застереження по совісті», що розуміється як право відмови у наданні медичної допомоги, але лише за умови створення умов для звернення до іншого лікаря [176].

Під час окупації окупаційна держава зобов'язана створити умови та не перешкоджати виконувати свої обов'язки медичному персоналу усіх категорій (ст. 56 Конвенції про захист цивільного населення під час війни від 12.08.1949 р., п. 3 ст. 15 Додаткового протоколу I від 8 червня 1977 р.).

Концепція медичного нейтралітету слідує з Женевських конвенцій про захист жертв війни (Женева, 12.08.1949), Додаткового протоколу до Женевських конвенцій від 12.08.1949, що стосується захисту жертв міжнародних збройних конфліктів (Протокол I), від 08.06.1977, Резолюції 2286 (2016), прийнятої Радою Безпеки ООН на його 7685-му засіданні 03.05.2016, Міжнародної клятви лікаря. Женевська декларація (Женева, 1948).

І.Я. Сенюта визначає медичний нейтралітет як «соціальну домовленість, яка зобов'язує суспільство захищати медичних працівників як у час війни, та і в мирний час, та зобов'язує медичний персонал надавати медичну допомогу усім, незалежно від релігії, раси, етнічного походження, політичних уподобань чи інших ознак» [186].

Основні міжнародні правові документи в галузі прав людини, а саме: Міжнародний пакт про громадянські та політичні права [109], Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права [110] та Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання [81] – є фундаментальними для забезпечення нейтралітету лікарів. Так, наприклад, Міжнародний пакт про громадянські та політичні права встановлює заборону щодо необґрунтованого арешту та утримання особи під вартою. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права визначає специфіку охорони здоров'я, що вимагає від керівництва держави виконання обов'язку із забезпечення доступу до медичної допомоги, уникаючи проявів недискримінації. Таким чином, будь-яке умисне створення перешкод задля надання медичної допомоги чи вжиття необґрунтованого арешту медичних працівників відбувається порушення норм МГП.

Медичний нейтралітет розуміється як захист медичного персоналу, пацієнтів, об'єктів і транспорту від нападу або втручання, гуманне поводження всіх цивільних осіб та недискримінаційне поводження з пацієнтами, безперешкодний доступ до медичної допомоги та лікування всіх, хто цього потребує [251]. Таким чином, прояви насильства відносно медичних працівників та/або пацієнтів порушують принцип нейтралітету лікарів і фундаментальні засади міжнародного права. Уряди країн мають поважати обов'язок лікарів, медичних сестер, інших медичних працівників щодо створення умов для надання медичної допомоги тим, хто її потребує. Серед найбільш поширених порушень медичного нейтралітету є напади на об'єкти охорони здоров'я, медичний персонал та пацієнтів, руйнування медичного обладнання та засобів, нехтування медичною етикою, умисно неправильне використання медичних установ, послуг, уніформи та знаків розрізнення, умисне блокування доступу до медичного обслуговування і догляду, а також безпідставний арешт або затримання медичних фахівців і пацієнтів [298].

Варто зазначити, що порушення нейтралітету медичних працівників не є унікальним для окремих країн чи регіону. Для України особливої актуальності концепція «медичного нейтралітету» набула з 2014 р. з початку збройного конфлікту з росією. Під час подій Революції Гідності відбувались репресії та насильство щодо медичних працівників, які надавали допомогу активістам Євромайдану. За даними медичного штабу, від рук міліції постраждало 100 осіб, які надавали медичну допомогу, а щодо двох з них було відкрито кримінальне провадження [105]. Також стався напад міліції на пункт медичної допомоги в Києві під час подій у січні 2014 р. [19].

З початку повномасштабного вторгнення на території України медичним працівникам, так і медичним закладам, закладам охорони здоров'я, а також пацієнтам заподіяно численних збитків з боку агресора. Ці напади не властиві природі конфлікту, але є навмисним порушенням медичного нейтралітету. Згідно зі статистикою МОЗ України станом на 08.05.2022: під час виконання обов'язків загинули 9 медичних працівників, ще понад 40 були тяжко поранені [21], росіяни повністю знищили 101 заклад охорони здоров'я та 375 аптек, ще 616 закладів охорони здоров'я були пошкоджені, в них немає можливості надавати медичну допомогу і цифри щодня зростають, а тому погіршується ситуація із доступом до медичної допомоги та до необхідних лікарських засобів для пацієнтів.

У разі порушення Женевських конвенцій спостерігається ситуація порушення нейтралітету лікарів, що є військовими злочинами. Під час війни порушення нейтралітету лікарів порушує важливі міжнародні акти в галузі прав людини, як-от: Міжнародна конвенція про громадянські і політичні права, Міжнародна конвенція про економічні, соціальні і культурні права і Конвенція проти катувань. Згідно з положеннями Додаткових протоколів (1977) до Женевських конвенцій держава має обов'язок забезпечувати захист медичного персоналу також і під час конфліктів неміжнародного характеру.

Проте, ні повага до підвалин міжнародного права, ні страх нести відповідальність не стали дієвим інструментом забезпечення медичного нейтралітету [68]. І хоча порушення нейтралітету лікарів відбуваються зараз регулярно, фіксація та перевірка їх мають вирішальне значення для обґрунтування звинувачень проти злочинців. Здійснення доказування має розцінюватися як потенційно важливий процес у процедурі притягнення військових злочинців до суду. Переслідування і покарання за військові злочини може бути попередженням і стримувальним фактором для майбутніх нападів на лікарні і медичний персонал. Будь-яке обговорення та демонстрація осуду мають розглядатися як інструменти прояву міжнародного медичного співробітництва, що є ефективним для врегулювання збройного конфлікту.

Застосування категорії «медичний нейтралітет» корелюється із категорією «медичний свідочий імунітет», що, на думку Н. Калинюк розуміється як «надане свідкові право відмовитися від дачі показань через родинні відносини або службові обов'язки чи нездатності особи через його фізичні або психічні недоліки правильно сприймати факти або давати про них показання» [53]. Згідно із статтею 65 КПК України встановлюється імунітет свідка, що визначається як складова правоохоронного механізму [85]. Не можуть бути свідками у кримінальному процесі, що визначають обсяг імунітету таких осіб у справі, в тому числі і медичні працівники чи інші особи, що виконують професійні або службові із порятунку особи (ч. 2 ст. 65 КПК України) [85].

Наукові підходи до встановлення змісту свідочього імунітету характеризуються відсутністю єдністю розуміння такої категорії. Однак в цілому більшість дослідників прихильні думки про розуміння характеру свідочього імунітету як відносного, що означає нормативне обґрунтування його застосування на підставі наявності обов'язку у особи на дотримання професійної таємниці. Отже, встановлення свідочього імунітету визначається як складова здійснення професійної діяльності особи, що вимагає від останньої дотримання нею таємниці відомостей, що стали їй відомі у процесі виконання покладеної на

неї компетентності. Однак відносний характер свідоцького імунітету медичного працівника визначається допустимістю встановлення нормативних обмежень його реалізації. Зокрема, згідно із положеннями, встановленими ч. 1 ст. 26 Конвенції про права людини та біомедицину [78], встановлено обставини, наявність яких визначає неприйнятність застосування свідоцького імунітету медичного працівника. Такими обставинами є: дотримання вимог національної (громадської) безпеки; застосування заходів кримінальної відповідальності до винних осіб у вчиненні злочину чи іншого виду кримінальних правопорушень; захист громадського здоров'я населення; захист прав та особистих інтересів приватної.

Такі вимоги, що застосовуються до сфери професійної медичної таємниці та доступу до таких відомостей не суперечать положенням ст. 8 Європейської конвенції з прав людини, де передбачено, що кожен має право на повагу до свого приватного й сімейного життя, до свого житла та кореспонденції. Тлумачення змісту ст. 8 Європейської конвенції з прав людини полягає у неприйнятності втручання органів державної влади у здійснення особою права на приватне й сімейне життя. Однак при цьому нормативно закріплений перелік осіб, що володіють свідоцьким імунітетом очевидно мають доступ до інформації, поширення якої створює перешкоди для здійснення права особи на приватне життя. Однак за наявності належного обґрунтування, що фактично полягає у необхідності дотримання принципів співмірності та пропорційності інтересів особи та суспільства, особи та держави. Такі висновки обґрунтовуються і наявною судовою практикою ЄСПЛ (зокрема, у справах «Z. проти Фінляндії» від 25.01.1997 р. [196], «Дуджеон проти Об'єднаного Королівства» від 22.10.1981 р. [243], «Йохансен проти Норвегії» від 7.08.1996 р. [280] та ін.), де визначається, що суди мають бути максимально уважними у встановленні доцільності обґрунтування розкриття інформації про стан здоров'я особи, зокрема, у разі відсутності згоди такої особи на такі дії.

Таким чином, реалізація медичного свідоцького імунітету має відносний характер, що пов'язується із необхідністю можливості обмеження його застосування, що, зокрема, може бути встановлено та обґрунтовано у ході судового розгляду справи, так і під час досудового провадження.

Виходячи із зазначеного похідним є висновок, що у разі участі у справі медичного працівника у якості підозрюваного чи обвинуваченого, а також підсудного, звільняє його від медичного свідоцького імунітету, застосування останнього якого при цьому, вбачається, суперечить процесуальному статусу таких суб'єктів.

Отже, це дослідження дає можливість зробити такі висновки та надати рекомендації:

- під час воєнного стану у медичного працівника в певній мірі розширюється обсяг його прав (заборона покарання та утисків за надання медичної допомоги; у разі арешту медичного працівника він повинен бути звільнений і репатрійований без затримки), але деякі встановлені законодавством права медичних працівників можуть бути обмежені (право на працю, право на страйк);

- медичний нейтралітет є основою для наповнення змісту прав та обов'язків медичних працівників під час збройних конфліктів, проте, як виявилось, зважаючи на досвід українських лікарів в сучасних умовах, дуже слабо являє собою гарантію реалізації прав медичних працівників під час збройних конфліктів;

- держави та всесвітні організації повинні сприяти та створювати обов'язковий ґрунт для навчання своїх військових, працівників поліції та інших працівників правоохоронних органів дотримуватися правових стандартів щодо забезпечення права на медичну допомогу, захисту медичних працівників та людей, які потребують медичної допомоги, адже, у разі ретельного збору доказів стосовно порушень принципу нейтралітету медичних працівників, такі порушення набувають статусу воєнних злочинів.

## **2.4. Адміністративно-правова характеристика основних обов'язків медичних працівників**

Відповідно до ч. 1 ст. 284 та ст. 901 ЦК України встановлено право фізичної особи на надання їй медичної допомоги, що відбувається за договором про надання послуг [211]. Ці положення можуть застосовуватися до всіх договорів про надання послуг, у т. ч. медичних, з чого і слідує обов'язок медичного працівника подавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу, сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, який кореспондує з правом пацієнта на якісну медичну допомогу.

Це право споживача вимагає надання послуг на належному рівні якості, співмірності ціни та задоволенні задоволення суспільних потреб, що гарантується і Законом України «Про захист прав споживачів». Згідно з Основами обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта» (ч. 2 ст. 34) і медичні працівники зобов'язані сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу» (п. «а» ст. 78) [119].

Стандарти якості мають не порушувати прав пацієнтів, що визначає якість надання медичної допомоги. Це має важливе практичне значення для правників при з'ясуванні кола професійних порушень, яких у тому чи іншому випадку припустилися медики.

Управлінські процеси системи охорони здоров'я визначають якість медичної допомоги в адміністративному праві. Надання медичної допомоги має відповідати стандартам: організаційно-кадрового забезпечення (професійний рівень його персоналу, який є достатнім і необхідним для надання медичної допомоги належної якості; стану і структури приміщень, рівня комунікацій, техніко-інструментального обладнання медичного закладу); якісно-кількісного

забезпечення процесу надання медичної допомоги (встановлення обсягів медичної допомоги, діагностичних, лікувально-технологічних, медико-соціальних стандартів).

Окрім того, медичні працівники зобов'язані безоплатно надавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях [119].

Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.2001 р. № 827 основним завданням Державної служби медицини катастроф є надання безоплатної медичної допомоги на догоспітальному і госпітальному етапах постраждалим від надзвичайних ситуацій, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій [161].

Для дотримання прав пацієнтів щодо безоплатного забезпечення лікарськими засобами або відпуску лікарських засобів на пільгових умовах допускається лише у разі амбулаторного лікування основного захворювання, за яким хворим надано пільги, що має відбуватися безоплатно за рецептами, виписаними лікарями лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання цих осіб. Крім того встановлюються спеціальні умови надання ліків для людей, які живуть з ВІЛ [161].

У невідкладних випадках, за наявності реальної загрози життю хворого, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна.

Закон не містить жодного переліку невідкладних екстремальних випадків, які становлять реальну загрозу життю хворого, що дає лікарю право оперувати, застосовувати складні методи діагностики чи здійснювати інші медичні втручання без згоди самого хворого чи його законних представників [10, 378].

Згідно з Законом України «Про екстрену медичну допомогу» можна зрозуміти «державне праворозуміння» невідкладного випадку. Відповідно до ст.

І зазначеного закону, невідкладний стан людини – це такий стан хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин, що спричинив раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я [139].

Практика медичної діяльності свідчить, що такі «невідкладні випадки» охоплюються, зокрема невідкладною (ургентною) хірургією, що пов'язується із вітальними (життєвими), абсолютними показниками, які вимагають втручання негайного.

Невідкладні операції (екстрені) виконують протягом дуже короткого часу після госпіталізації хворого (1–2 год) (зокрема, гострий апендицит, кишкова непрохідність, перитоніт, гострі гнійні захворювання). Негайні операції виконують негайно, паралельно ведеться боротьба з шоком чи навіть з клінічною смертю (зокрема, тяжкі кровотечі внаслідок розриву селезінки, печінки, розрив великих судин).

Абсолютними, життєвими показаннями до операції вважають захворювання і стани, які становлять загрозу життю хворого, які можна лікувати тільки хірургічним шляхом. До цієї групи показань належать, для прикладу, асфіксія, кровотеча будь-якої етіології, гострі захворювання органів черевної порожнини (гострий апендицит, гострий холецистит, защемлена грижа, гострі гнійні хірургічні захворювання, гостра кишкова непрохідність тощо).

Коли зволікання при встановленні діагнозу чи проведенні операції загрожує життю хворого допускається реалізація права лікаря без згоди пацієнта чи його законних представників.

Якщо медичний працівник повинен був надати медичну допомогу пацієнтові, з урахуванням конкретних обставин мав для цього можливість, але не надав без поважних причин, настає кримінальна відповідальність на підставі ст. 139 КК України. Рішення про визнання причини ненадання допомоги поважною ухвалюють компетентні органи в кожному конкретному випадку.

Наступним важливим обов'язком медичного працівника є обов'язок поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, у тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя.

Згідно з ч.1 ст.32 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» держава сприяє утвердженню здорового способу життя населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, здійснення заходів, спрямованих на підвищення гігієнічної культури населення [119].

Відповідно до положень вищезгаданого закону та Закону України «Про забезпечення санітарного й епідемічного благополуччя населення» органи та заклади охорони здоров'я, медичні працівники зобов'язані поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, гігієнічні навички, здоровий спосіб життя [140].

В Законі України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» дещо наводиться приклад можливого пропагування медичними працівниками одного з елементів здорового способу життя. Медичні працівники закладів охорони здоров'я усіх форм власності зобов'язані: пропагувати медичні знання з питань профілактики захворювань, спричинених курінням тютюнових виробів чи іншим способом їх вживання, і запобігати їх вживанню серед населення, насамперед серед дітей та молоді; надавати практичні поради щодо здорового способу життя та рекомендувати не починати курити чи іншим способом вживати тютюнові вироби або припинити їх вживання [159].

Більше того Законом України «Про оздоровлення та відпочинок дітей» передбачає обов'язок працівників дитячого закладу оздоровлення пропагувати також дітям здоровий спосіб життя [165].

Проте, гадаю, що, враховуючи наявні ресурси медіа простору і можливі переваги інтернет-пропаганди, потрібно детальніше розкрити даний обов'язок

медичних працівників на законодавчому рівні і деталізувати його основні аспекти і можливості реалізації [69].

Наступний обов'язок, який варто розглянути, це обов'язок дотримуватись вимог професійної етики і деонтології та зберігати лікарську таємницю.

Особливістю адміністративно-правового регулювання праці медичних і фармацевтичних працівників є значний вплив на їх діяльність корпоративних моральних та етичних норм поведінки. Моральні правила поведінки медичних працівників, особливо в стосунках з пацієнтами, членами їх сімей, а також між собою, займають важливе місце і відіграють велику роль як регулятори професійної медичної діяльності. Як зазначають А.Х. Завальнюк, Г.Ф. Кривда, І.О. Юхимець, правові та морально-етичні проблеми не можуть розглядатися ізольовано одна від одної [43].

Пацієнт повинен мати повну інформацію про стан свого здоров'я - діагноз, способи лікування, можливі наслідки, прогноз розвитку хвороби. Навіть - і особливо - якщо йдеться про онкозахворювання, психічний розлад тощо.

Насамперед право на повагу до приватного життя зазначено в Конвенції про права людини в біомедицині (Convention on Human Rights and Biomedicine. DIR/JUR (96), 14, Strasbourg 1996), що визнає відомості про стан здоров'я людини складовою права на повагу до приватного життя (ст. 10) та охороняється також положеннями Європейської конвенції про захист прав людини і основоположних свобод (ст. 8).

Уся медична і немедична інформація про стан здоров'я пацієнта є медичною таємницею. Це можуть бути відомості про факт звернення людини до лікувального закладу за медичною допомогою, стан здоров'я людини; діагноз; обставини, що передували захворюванню або спровокували його, функціональні особливості організму, шкідливі звички, особливості психіки, майновий стан, інші відомості, отримані при медичному обстеженні, зокрема інформація про сімейне, інтимне життя людини, а також про стан здоров'я родичів, близьких пацієнта.

Медичні працівники мають забезпечити анонімність пацієнта, якщо інформація, що становить лікарську таємницю, використовується в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі.

Ще одним вагомим обов'язком медичних працівників є обов'язок постійно підвищувати рівень професійних знань і майстерності. Згідно з Етичним кодексом лікаря України лікар зобов'язаний систематично удосконалювати свій професійний рівень, використовуючи у своїй діяльності найбільш ефективні відомі раніше і новітні досягнення медичної науки в порядку, встановленому законодавством [39].

Згідно з Наказом МОЗ України від 22.07.1993 р. № 166 для забезпечення високої кваліфікації лікарів (провізорів) проводиться їх безперервне навчання та здійснюється об'єктивний контроль за рівнем їх кваліфікації [170].

Основними елементами структури безперервного навчання є їх спеціалізація та тематичне удосконалення професійних знань та навиків. Цикли тематичного удосконалення передбачають удосконалення професійних знань і навичок шляхом навчання за професійними навчальними програмами з метою оновлення наявних та отримання нових теоретичних і практичних знань [170].

Формування і закріплення на практиці професійних знань, умінь і навичок, отриманих в результаті теоретичної підготовки, необхідністю вивчення світового досвіду відбувається циклічно [170].

Важливо, що кожен медичний працівник зобов'язаний подавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я (ст. ст. 6, 78 Основ) [119]. Якщо звернемося знову до Етичного Кодексу лікаря України, то знайдемо положення про те, що:

- разі необхідності лікар зобов'язаний звернутися «за допомогою до своїх колег» (п. 3.2);

- лікар зобов'язаний <...> з повагою і доброзичливістю ставитися до своїх колег» (п. 4.2);
- у тяжких клінічних випадках лікарі повинні надавати поради і допомогу своїм колегам у коректній формі, але за процес лікування всю відповідальність несе тільки лікуючий лікар, який може враховувати рекомендації або відмовитися від них, керуючись при цьому винятково інтересами хворого» (п. 4.4);
- лікарі зобов'язані з повагою ставитись до іншого медичного і допоміжного персоналу, постійно забезпечувати підвищення його кваліфікації» (п. 4.6) [39].

Згідно із медичним законодавством Республіки Польща встановлюються як морально-етичні обов'язки лікарів, та і обов'язки із надання професійної медичної допомоги. Так, кожен лікар згідно із законодавством Республіки Польща зобов'язаний [279]: 1) надавати медичну допомогу негайно у разі якщо будь-яка затримка надання такої послуги створює загрозу для життя та здоров'я людини; 2) повідомити пацієнту про стан його здоров'я та запропонувати йому доступні методи та засоби лікування, дотримуючись вимог щодо конфіденційності інформації, що містить лікарську таємницю; 3) отримати письмову згоду на проведення операції чи інших діагностичних заходів із підвищеним ризиком для пацієнта (винятком є лише ситуації, коли існує життю та здоров'ю особи).

При цьому важливо підкреслити, що зміст медичної діяльності та надання медичних послуг виходить із вжиття всіх можливих заходів із порятунку життя та здоров'я людини, однак не означає гарантування успішності такого процесу [183]. В. О. Савченко обґрунтовує такі ознаки медичних послуг, як: спеціальний суб'єктний склад правовідносин; публічний характер договору про надання медичних послуг; процедурний характер їх надання; переслідує мету – покращення стану здоров'я людини; нематеріальний характер медичної діяльності та її результатів, де успішність лікування є певним позитивним

«бонусом», але не гарантується медичним працівником та не може бути санкціонована державою. Однак надаються лише спеціальними суб'єктами правовідносин [183].

Необхідно підкреслити, що такі ознаки характерні не для всіх видів медичних послуг. Є послуги, що характеризуються необхідністю досягнення відповідного встановленого медичним протоколом матеріального результату. Такими послугами є стоматологічні послуги та послуги із проведення пластичних косметологічних процедур та операцій. Зокрема, у справі № 755/4291/21 було ухвалено рішення Дніпровського районного суду міста Києва від 11 червня 2021 року зазначається, що надання медичних стоматологічних послуг має відповідати вимогам, що містяться у медичних протоколах лікування. Але у зазначеній справі тягар доказування неналежності медичних послуг покладался на позивача, що виходить із змісту розгляду справи у порядку цивільного судочинства [178]. Висновок, який необхідно підтримати, полягає у встановленні нормативного зв'язку між змістом медичних послуг та обсягом правосуб'єктності медичних працівників.

Згідно із законодавством Республіки Польща встановлюється спеціальна процедура відмови лікаря від надання медичних послуг, що допускається у разі відсутності загрози життю та здоров'я особи, про що лікар повинен повідомити керівництво медичного закладу про таку відмову. Лікар має повідомити альтернативний медичний заклад, де може бути надано подібну медичну послугу чи медичну допомогу [279]. Належним обґрунтуванням для відмови лікаря від надання медичної допомоги є втрата довіри до пацієнта, наприклад, якщо пацієнт навмисно порушує протокол лікування. Таким чином, зміст адміністративної правосуб'єктності медичних працівників має як професійний характер, так і визначається наявністю етичних та фідучіарних ознак здійснення.

Певним новаторським змістом характеризується запровадження обов'язку із надання консультаційної допомоги, що відповідно до змісту до чинного законодавства України може надаватися у формах: планових та екстрених виїздів

лікарів-консультантів; проведення консилиуму (зокрема, відповідно до ст. 1 Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» [146], нормативно встановленою умовою трансплантації є проведення консилиуму як «наради лікарів однієї або декількох спеціальностей»; телемедичне консультування [184, с. 143-145].

Зміст надання телемедичної консультативної допомоги деталізується відповідно до змісту наказу МОЗ України від 19.10.2015 року №681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» [148]. Надання послуг із телемедицини здійснюється із застосуванням комп'ютерних і телекомунікаційних технологій. Функціональною метою створення телемедицини є створення умов для забезпечення якості надання медичних послуг та відновлення стану громадського здоров'я [148].

На думку С. Б. Булеци лікарська таємниця – сукупність відомостей про хворобу (діагноз, методи лікування, прогноз та ін.), що стали відомими медичним і фармацевтичним працівникам у процесі лікування і не підлягають розголошенню. Кожен пацієнт має право на збереження особистої таємниці. Лікар, як і інші особи, які беруть участь у наданні медичної чи фармацевтичної допомоги, зобов'язані зберігати лікарську таємницю. Поняття «лікарська таємниця» включає: по-перше, підтвердження принципу поваги до пацієнта, поваги його людської гідності, його законних прав, його особливого права на конфіденційність; по-друге, поширення принципу неспричинення шкоди на всі сторони життєдіяльності, способу життя пацієнта, його добробуту, якому може завдати шкоди розголошення медичним працівником конфіденційної фахової інформації [101, с. 313].

Одним із головних обов'язків, що визначають адміністративно-правовий статус медичних працівників, є збереження лікарської таємниці пацієнта. Неналежне виконання такого обов'язку може бути підставою для застосування заходів кримінальної відповідальності, що передбачено статтею 145 КК України

[84]. Поширення інформації про стан здоров'я пацієнта може відбуватися власне за наявності такої згоди, що встановлюється відповідно до положень ч.2 ст. 21 Закону «Про інформацію» [160]. Обіг інформації про стан здоров'я пацієнта відбувається із дотриманням вимог, закріплених у ч. 1 ст. 285 Цивільного кодексу України, де зазначається, що особа має право отримати документацію про себе безпосередньо чи надати таке доручення іншій особі [211].

Лікарська таємниця може бути розголошена без згоди пацієнта лише у випадках, визначених чинним законодавством України. Тимчасовий доступ до документів, що містять лікарську таємницю, може надати слідчий суддя або суд в рамках кримінального провадження, якщо при цьому буде встановлено, що інших способів отримання необхідної слідству інформації немає (ч.6 ст. 163 КПК України) [85]. Допускається розкриття інформації про стан здоров'я особи за умови, що таке розкриття вимагає досягнення співмірності публічних та приватних інтересів. Наприклад, відомості про наявність у особи ВІЛ-позитивного аналізу може бути надана лише за рішенням суду в установлених законом випадках (ч. 4 ст. 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [172]).

Однією із підстав, що допускає звільнення медичних працівників від дотримання вимог збереження лікарської таємниці, є необхідність отримання доступу про стан здоров'я особи, що вимагається у процесі здійснення досудового розслідування (стаття 6 Закону України «Про психіатричну допомогу» [173]; ч. 5 ст. 14 Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» [158]). Обіг інформації про стан здоров'я особи здійснюється у погодженні із змістом Закону України «Про захист персональних даних» [157]. Так, згідно з ст. 7 Закону України «Про захист персональних даних» [157] встановлюється, що задля діагностики стану здоров'я особи, задля створення

умов захисту її майнових та особистих немайнових прав пацієнта може бути розкрито відомості, що містять ознаки лікарської таємниці [157].

Специфіка реалізації обов'язків медичних працівників в умовах воєнного стану закріплюється як на рівні національного законодавства, так і на рівні міжнародно-правових актів. Зокрема, згідно із Інструкцією про порядок виконання норм міжнародного гуманітарного права у Збройних Силах України [147] встановлюється, що медичні працівники в умовах воєнного стану мають дотримуватися правил медичної етики та вживати заходів із надання допомоги всім, хто її потребує. В умовах воєнного стану медичний працівник має постійно мати ідентифікаційні документи тощо.

Специфікою дотримання вимог професійної медичної етики в умовах воєнного стану відповідно до вироблених Всесвітньою медичною асоціацією стандартів є пріоритет виконання професійного медичного обов'язку перед пацієнтами з дотриманням вимог конфіденційності.

В умовах воєнного стану в Україні було ухвалено Наказ МОЗ України від 24.02.2022 № 368 «Про затвердження Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі» [153], що визначає обов'язок лікаря, який здійснює медичне сортування пацієнтів, оцінити їх стан здоров'я (що має тривати не більше 30 секунд); забезпечити контакт з пацієнтами чи його близькими; вживати заходів із дотримання правил медичної етики; надання пацієнту екстреної медичної допомоги [153].

В умовах воєнного стану реалізація окремих прав медичних працівників зазнає певних нормативних обмежень. Зокрема, згідно із Законом України від 15 березня 2022 року № 2136-IX [166]. Відповідно до змісту Закону України від 15 березня 2022 року № 2136-IX встановлено, що зменшеною є тривалість щорічної відпустки, що поширюється і на медичних працівників. При цьому обмежень щодо використання права на додаткові відпустки під час дії воєнного стану чинним законодавством України не встановлюється [177]. Допустимою є

відмова роботодавців щодо надання щорічної відпустки медичному працівникові, якщо його діяльність пов'язана із функціонуванням об'єктів критичної інфраструктури.

Як було встановлено, складовою адміністративної правосуб'єктності медичних працівників є створення умов для їх професійного зростання та підвищення кваліфікації, що має відбуватися не рідше одного разу на п'ять років. Деталізація реалізація даного права в умовах воєнного стану здійснена відповідно до Наказу МОЗ України «Про особливості атестації працівників сфери охорони здоров'я та продовження терміну дії сертифікатів спеціаліста, посвідчень про кваліфікаційну категорію в період дії воєнного стану» у редакції від 04.08.2022 року [167]. Згідно із вимогами Наказу МОЗ України від 04.08.2022 року №1415 встановлюється, що на період дії воєнного стану зупиняється проведення атестації, що обумовлюється необхідністю забезпечення вимог безперервності та оперативності надання медичної допомоги та медичних послуг. Відновлення процесу атестації медичних працівників заплановано згідно із зазначеним Наказом МОЗ України не раніше, ніж через 60 календарних днів від моменту закінчення воєнного стану. Крім того Наказом МОЗ України від 04.08.2022 року №1415 встановлюється пролонгація дії сертифікатів медичних працівників, строк дії яких закінчується в період воєнного стану, строком на один рік [167].

Задля забезпечення потреб національної оборони в Україні діє мобілізація медичних працівників, які є військовозобов'язаними. Такий процес відбувається на загальній засадах, окрім висунення вимоги про мобілізацію і жінок-медичних працівників [132]. Згідно із вимогами ч. 11 ст. 1 Закону України «Про військовий обов'язок і військову службу» від 25.03.1992 р. встановлюється, що жінки, які володіють спеціальністю чи професією, що перебуває у споріднених зв'язках із військово-обліковими спеціальностями, за умови їх придатності до проходження військової служби. Такий перелік спеціальностей, за яким допускається

мобілізація жінок встановлюється Наказом Міністерства оборони України від 11.10.2021 року №313 [150].

Отже, в умовах дії воєнного стану реалізація адміністративно-правового статусу медичних працівників здійснюється із врахуванням потреб національної оборони, зокрема, у частині використання ними права на щорічну відпустку, проходження атестації та процедур підвищення професійної кваліфікації, а також задля забезпечення потреб формування Збройних Сил України запроваджені додаткові умови мобілізації жінок-медичних працівників. Однак при цьому дані обмеження чи спеціальні правила закріплюються на рівні як законодавчих актів, так і на рівні підзаконного нормативно-правового регулювання, що ускладнює практику його правозастосування та породження ряд судових колізій, зокрема, у частині оплати праці, з питань надання відпусток, здійснення мобілізаційних дій тощо.

Таким чином, здійснюючи узагальнення досягнутих результатів дослідження специфіки виконання медичними працівниками покладених на них обов'язків в умовах воєнного стану дозволяє зробити висновок про встановлення вимоги для таких суб'єктів із забезпечення гуманного поводження з жертвами війни, уникаючи проявів будь-яких форм дискримінації та національної ворожнечі, дотримуючись неухильно вимог медичної етики та збереження вимоги отримання згоди пацієнта на план його лікування та проведення необхідного медичного втручання. Реалізація покладених на медичних працівників обов'язків має службово-трудова характер, що пов'язується із допустимістю застосування для них обмежень із здійснення права особи на щорічну відпустку, на професійний розвиток, а також у частині нормативного імперативу із закріплення спеціальної процедури мобілізації для медичних працівників як жінок, так і чоловіків.

## **2.5 Особливості реалізації адміністративно-правового статусу медичного працівника в умовах реформи охорони здоров'я в Україні**

Одним із критеріїв високого рівня розвитку держави виступає тривалість життя її населення, яке, в свою чергу, залежить від рівня медичного обслуговування. Саме тому сфера охорони здоров'я є надважливим об'єктом публічного управління. Україна, в межах реалізації комплексної медичної реформи, взяла на себе зобов'язання привести систему охорони здоров'я до європейських та світових стандартів.

Центральними відносинами у системі охорони здоров'я є відносини між медичним працівником і пацієнтом. І від того, наскільки медичний працівник є соціально і юридично захищеним, залежить стан здоров'я пацієнта. Тому медична реформа повинна в повній мірі враховувати як інтереси пацієнта, так і інтереси медичного працівника.

Відносини пацієнта та медичного працівника базуються на юридичній рівності учасників, оскільки вони беруть участь в них за власною волею і реалізують свої права за власним розсудом. На відміну від вищезазначених відносин, адміністративні правовідносини у сфері охорони здоров'я виникають між державою, громадянами та медичними працівниками з метою реалізації публічного інтересу і мають характер влади-підпорядкування.

Адміністративно-правовий вплив держави може визначатись як один із проявів дії права на відносини, зокрема у ході діяльності органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб щодо забезпечення реалізації та захисту в адміністративному порядку прав і свобод громадян. Тому, правові статуси як медичного працівника, так і пацієнта, а отже, основні елементи правового статусу – права та обов'язки обох суб'єктів, що у деяких аспектах є взаємозалежними, знаходиться під адміністративно-правовим впливом держави. А одним із проявів адміністративно-правового впливу держави можна вважати якраз проведення медичної реформи.

Основи у розділі X визначають ключові засади цього статусу, пов'язані з доступом до професії, професійною підготовкою, професійними правами та обов'язками медичних працівників. Але реальний стан справ вимагає докорінних змін статусу медичного працівника.

Аналізуючи сучасну медичну реформу в Україні, слід насамперед зазначити декілька ключових напрямів, реалізованих протягом 2017–2021 рр.

По-перше, розроблено та прийнято законодавство про автономізацію медичних установ, причому вперше було визначено поняття «послуги з медичного обслуговування населення» як одиниці вартості.

По-друге, ухвалено Закон України «Про державні фінансові гарантії щодо надання медичних послуг та лікарських засобів», основоположним методологічним принципом якого є фундаментальна системоутворююча теза «гроші ідуть за пацієнтом» [138; 292].

Медична допомога на первинному рівні передбачає огляд пацієнта та його медичне обслуговування лікарем сімейної практики (сімейним лікарем). Передбачено, що первинна ланка може бути укомплектована такими лікарями як сімейний лікар, терапевт та педіатр. Якщо останні працюють, відповідно, із пацієнтами виключно старшими або молодшими за 18 років. То сімейний лікар має право працювати із пацієнтами будь-якого віку. Реформування медичної галузі не передбачає значних змін в кількості обслуговуваних пацієнтів, що припадає на одного лікаря. Так, незмінною залишилась кількість дітей на педіатричній дільниці – 900. На терапевтичній дільниці встановлений норматив 2000 осіб (до реформи – 1700), норматив для сімейного лікаря визначено на рівні 1800 осіб [73, с. 84-87].

Зміна правового статусу закладу охорони здоров'я на комунальне некомерційне підприємство (КНП) відбулася на першому етапі медичної реформи. КНП створювалось шляхом розпорядження об'єктами комунальної власності. Держава встановлює мінімальні вимоги щодо комплектації закладу охорони здоров'я, дотримання яких є передумовою для укладання договору з

Національною службою здоров'я України (НСЗУ) щодо фінансування діяльності лікарні. Майно переходить у підпорядкування закладу охорони здоров'я на праві оперативного управління. Таким чином, місцева влада залишається власником цього майна і, відповідно, – має забезпечувати його належний рівень.

Для можливості забезпечення якісного результату керівник закладу охорони здоров'я має можливість проводити кадрову політику на свій розсуд, формувати і втілювати в життя стратегічні плани розвитку. Держава забезпечує прозору і зрозумілу систему оплати медичної допомоги, що надається пацієнтам. Перехід на нову систему оплати на первинній ланці медичної допомоги дозволив підняти заробітні плати лікарям до рівня 16-20 тисяч гривень на місяць в залежності від кількості підписаних лікарем декларацій [125].

Самостійність в управлінні та передача фінансування матеріально-технічного забезпечення лікарні на рівень місцевого самоврядування зробила їх діяльність більш зрозумілою громаді і залежною від рішень саме громади, яка зацікавлена в тому, що отримувати якісні медичні послуги в пристойних умовах.

Також, як слушно зауважує Т.М. Ямненко, основним принципом медичної реформи, зважаючи на міжнародний досвід, є модель, за якої держава почне оплачувати надану пацієнту медичну послугу, а не фінансувати кількість ліжок-місць у лікарнях [221, с. 116], що дає змогу розумно витратити медичний бюджет – направляти кошти тому, кому дійсно необхідна допомога. У цьому якраз і полягає принцип «гроші йдуть за пацієнтом».

Детальніше розглядаючи правовий статус лікаря у сьогоdnішніх умовах, варто згадати такі нові права і обов'язки в умовах медичної реформи:

1) Лікар первинної ланки не має права відмовитись від пацієнта, якщо кількість його пацієнтів менша за визначену норму;

2) Лікар первинної ланки може залишити практику за наявності об'єктивних причин;

3) Лікар первинної ланки не має права обслуговувати більше пацієнтів, ніж встановлює норма, адже завелика кількість пацієнтів може призвести до

ситуацій, коли у нього не буде достатньо часу і уваги для їх обслуговування. Водночас будуть передбачені окремі випадки і обставини, за яких можливі винятки з цього правила (наприклад, якщо в окремих сільських районах через брак медичних кадрів лікар вимушений обслуговувати кілька сіл).

4) У сімейного лікаря має бути те обладнання, яке йому необхідно, щоб виконати Порядок надання первинної медичної допомоги. Потрібно усунути зайві вимоги до оснащення і спростити критерії ліцензування медичної практики, водночас забезпечивши спроможність лікарів виконувати свої обов'язки. Надання первинної медичної допомоги не повинно передбачати використання високоспеціалізованого обладнання. Обладнання, необхідне сімейному лікарю, має забезпечити власник медичної практики, де цей лікар працює (громада, місцева влада) або ж сам лікар, якщо він веде приватну практику. Власник закладу або лікар із приватною практикою можуть використовувати для таких інвестицій різні джерела, в тому числі частину коштів, отриманих у вигляді тарифу за діяльність.

5) Порядок надання медичної допомоги та відповідні протоколи встановлюватимуть перелік показань, коли лікар зобов'язаний надати допомогу з виїздом до пацієнта.

Цікавим є дослідження Б.О. Логвиненка, де він аналізує відповідність медичної реформи в Україні ухваленим 17-ою Всесвітньою медичною асоціацією 1 жовтня 1963 р. дванадцятьом принципам організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я [92].

Згідно першого принципу: «У будь-якій системі охорони здоров'я умови праці медиків повинні визначатися з урахуванням позиції громадських лікарських організацій» [31]. В Україні досить активно діють професійні медичні організації. Наприклад, 25 квітня 2019 р. за результатами круглого столу відбулося звернення професійної медичної спільноти до Президента України з напрацюваннями щодо ситуації у сфері охорони здоров'я [52].

Відповідно до другого принципу: «Усяка система охорони здоров'я повинна надавати пацієнту право вибору лікаря, а лікареві – право вибору

пацієнта, не обмежуючи водночас ні прав лікаря, ні прав пацієнта. Принципу вільного вибору необхідно дотримуватися і в тих випадках, коли медична допомога надається в медичних центрах. Професійний та етичний обов'язок лікаря – надавати невідкладну медичну допомогу всім без жодних винятків» [31]. Даний принцип кореспондується із завданнями медичної реформи щодо створення єдиного медичного простору в Україні та забезпечення реального, а не декларативного права кожного пацієнта на вільний вибір лікаря та закладу охорони здоров'я [119;175;138].

І все ж, І.Я. Сенюта у своїй статті «Медична реформа: To be or not to be?» зазначає, що реалізація права на вільний вибір лікаря сповнена численних нормативних дисонансів [185].

У п. 3 ч. 1 ст. 6 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (який інакше називають Законом України про медичну реформу) закріплено право пацієнта на вибір лікаря у порядку, встановленому законодавством. Згідно зі ст. 9 цього ж Закону в разі потреби у медичних послугах та лікарських засобах за програмою медичних гарантій пацієнт чи його законний представник реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Надання медичних послуг і лікарських засобів за програмою медичних гарантій, пов'язаних з вторинною, третинною, паліативною медичною допомогою та медичною реабілітацією, здійснюється за направленням лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або лікуючого лікаря у порядку, передбаченому законодавством, окрім випадків, коли згідно із законодавством направлення лікаря не вимагається [138].

Надання медичної допомоги пацієнтам на вторинному рівні здійснюється:

- 1) за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги;
- 2) за направленням лікуючого лікаря закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 3) без направлення надається пацієнтам, які звернулися до:
  - а) акушера-гінеколога;
  - б) стоматолога;
  - в) педіатра;а також а) пацієнтам із

хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку в цьому закладі охорони здоров'я; б) пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані.

Аналогічно встановлені умови для рівня третинної медичної допомоги відповідно до ст. 35<sup>3</sup> Основ.

Отже, при наданні медичної допомоги за програмою медичних гарантій право пацієнта на вільний вибір лікаря обмежено вибором лікаря первинної ланки, а при наданні медичної допомоги поза межами програми вільний вибір повинен забезпечуватись на підставі ст.ст.6 і 38 Основ [119].

Третій принцип гарантує, що «будь-яка система охорони здоров'я повинна бути відкритою для всіх лікарів, які мають право на практику: ні медиків загалом, ні окремого лікаря персонально не можна примушувати до праці на неприйнятних для них умовах» [31]. Коментуючи даний принцип, можна зазначити, що сьогодні лише частково реалізовано систему, відповідно до якої лікар первинної ланки отримує заробітну плату, виходячи з кількості закріплених за ним пацієнтів. Отже, вузькі спеціалісти (другий і третій рівні медичної допомоги) порівняно з лікарями загальної практики (сімейні лікарі) не мають таких переваг щодо нарахування заробітної плати. До того ж, відповідно до Основ законодавства про охорону здоров'я, лікарі мають право на належні умови професійної діяльності (ст. 77) [119].

Згідно з четвертим принципом: «Лікар повинен бути вільним у виборі місця своєї практики й обмежуватися лише своїм фахом. Медична спільнота повинна допомагати державі, орієнтуючи молодих лікарів на працю в тих регіонах, де вони найбільше потрібні. Тим, хто погоджується працювати в менш престижних районах, повинна надаватися така підтримка у формі належного оснащення практики та забезпечення рівня життя, відповідних статусу їх професії» [31]. Сьогодні даний принцип відображений у Законі України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», проте участь медичної спільноти не знайшла там законодавчого закріплення. Також як негативну тенденцію ми можемо спостерігати

«оптимізацію», а фактично скорочення лікувально-профілактичних закладів у сільській місцевості.

Принцип п'ятий звучить: «Медична спільнота повинна бути адекватно представлена в усіх державних інститутах, що мають відношення до проблем охорони здоров'я» [31]. Незважаючи на те, що сфера охорони здоров'я належить до однієї з найважливіших, представники медичної спільноти неналежно представлені в органах публічної адміністрації вищого центрального рівня. Наприклад, до складу Ради національної безпеки і оборони України не входить міністр охорони здоров'я, хоча поширення коронавірусної інфекції (COVID-19) у світі переконливо свідчить про надзвичайну важливість протидії загрозам для громадського здоров'я.

Згідно з наступним принципом: «Усі, хто бере участь у лікувальному процесі чи контролює його, повинні усвідомлювати, поважати та охороняти конфіденційність відносин лікаря та пацієнта» [31]. Звичайно, конфіденційність відносин між лікарем і пацієнтом становить предмет лікарської таємниці, але в нових реаліях варто враховувати ступінь захисту персональних даних у системі "eHealth".

Розвиток електронної медицини є одним із пріоритетів медичної реформи в Україні, відповідно система, що забезпечує існування єдиного медичного простору в Україні має бути сертифікована та захищена від несанкціонованого доступу.

Також, відповідно до сьомого принципу: «Необхідні гарантії моральної, економічної та професійної незалежності лікаря» [31]. Можна стверджувати, що відповідно до ст. 77 «Основ законодавства України про охорону здоров'я», лікарі мають право на вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності [119], однак положення Декларації стосовно незалежності та професійної свободи лікаря не знайшли належного відображення в нормативно-правових актах щодо реалізації медичної реформи в Україні [32].

Принцип восьмий звучить так, що «якщо розмір гонорару за медичні послуги не визначений прямою угодою між пацієнтом і лікарем, організації, що

фінансують надання медичних послуг, повинні адекватно оцінити й оплатити працю лікаря» [31]. Зазначений принцип не знайшов адекватного відображення в медичній реформі України, оскільки механізми оплати праці медичних працівників потребує доопрацювання, тоді як вести мову про «адекватність» оплати праці лікарів взагалі не варто.

Так само і дев'ятий принцип зазначає, що «розмір гонорару лікаря повинен залежати від характеру медичної послуги. Вартість медичних послуг повинна визначатись за угодою з участю представників медичної спільноти, а не одностороннім рішенням організацій, що фінансують надання медичних послуг, чи уряду» [31]. Щодо цього принципу варто зазначити, що постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075 було затверджено Методику розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування [49]. Водночас складно вести мову про те, наскільки під час ухвалення даної Методики Уряд дослухався до зауважень і пропозицій медичних громадських об'єднань.

Згідно з десятим принципом: «Якість та ефективність медичної допомоги, яку надає лікар, обсяг, ціну та кількість наданих ним послуг повинні оцінювати лише лікарі, керуючись більшою мірою регіональними, ніж національними стандартами» [31]. Можна стверджувати, що регіональний принцип, або принцип децентралізації не знайшов належного закріплення, адже всі рішення щодо обрахунку вартості медичних послуг ухвалюються на національному рівні.

Також, «інтереси хворого диктують, що не може існувати жодних обмежень права лікаря на приписування препаратів і призначення лікування, адекватних сучасним стандартам» [31]. Цей одинадцятий принцип відображено в Основах законодавства України про охорону здоров'я (ст. 77).

Останній принцип – це те, що «лікар повинен активно поглиблювати свої знання і підвищувати професійний рівень» [3]. Відображенням останнього принципу на національному рівні можна вважати ухвалення низки документів, зокрема наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 р. № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» [35].

Отже, чинне законодавство України, що визначає особливості адміністративно-правового статусу медичних працівників, складається із окремих положень основного закону, а також із спеціального профільного законодавства, зокрема, такими є нормативно-правові акти. До системи законодавства, що визначає адміністративно-правовий статус медичних працівників, необхідно віднести такі Закони України: Основи законодавства України про охорону здоров'я, «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [140], «Про захист населення від інфекційних хвороб» [156], «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» [172], «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» [131], «Про психіатричну допомогу» [173], «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо врегулювання питання надання пацієнтам лікарських засобів зі співчуття» [133] та підсистемою нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я.

Особливого значення набуває питання регламентації адміністративно-правового статусу медичного працівника в умовах воєнного часу. До специфіки правореалізації прав та обов'язків медичних працівників необхідно віднести ряд нормативно-правових актів, зокрема: Наказ Міністерства охорони здоров'я «Щодо забезпечення безперервної роботи» від 07.03.2022 № 427 [218] та Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про облік та табелювання медичних працівників, які надають медичну допомогу поза основним місцем роботи в період воєнного стану на території України» від 04.03.2022 № 414 [164]. Зазначеними нормативно-правовими актами встановлюються такий принцип здійснення прав та обов'язків, як обов'язок для керівників закладів охорони здоров'я із організації надання медичної допомоги на засадах безперервності.

З метою забезпечення безперервності надання медичної допомоги в умовах воєнного стану в Україні було розроблено та запроваджено в дію ряд Наказів Міністерства охорони здоров'я України, зокрема, мова йде про Накази МОЗ України «Про залучення медичних працівників-іноземців до надання допомоги постраждалим в умовах воєнного стану» від 26.02.2022 року № 383 [142] та «Про

залучення лікарів-інтернів та деяких інших осіб до виконання заходів, пов'язаних із наданням медичної допомоги особам, які постраждали під час надзвичайної ситуації, яка виникла в період воєнного стану в Україні» від 27.02.2022 року №385 [141].

У літературі виділяються два підходи до розуміння сутності публічної служби, її складників: інституційний та функціональний.

Згідно з інституційним підходом, реалізація повноважень, покладених на публічну службу, здійснюється працівниками всіх суб'єктів публічного управління: органів державної влади, державних підприємств та установ, органів місцевого самоврядування, комунальних підприємств та установ. Такий підхід допускає віднесення до публічної служби і працівників медичних установ, освітянських закладів різних рівнів тощо.

Застосування функціонального підходу веде до розширення кола суб'єктів, залучених до виконання публічних функцій, і встановлення меж здійснення завдань та функцій публічної служби.

Крім того, визначення сутності публічної служби залежить правової системи, до якої належить країна. Принцип дихотомічного поділу права на публічне та приватне, який притаманний романо-германській правовій системі, фактично відсутній в англосаксонській правовій системі. О.В. Гончарук виділяє такі критерії поділу системи права на публічне і приватне:

1) критерій інтересу, в основу розуміння якого покладено, що функціональним спрямуванням реалізації публічного права є задоволення інтересів держави і суспільства, тоді як спрямування реалізації приватного права пов'язується із задоволенням інтересів окремих осіб: юридичних осіб приватного права та фізичних осіб;

2) критерій захисту інтересу, в основу розуміння якого віднесено визначення ініціативи порушення провадження з питань захисту порушеного права, відповідно, захист порушеного публічного інтересу не вимагає ініціативи суб'єкта правовідносин, тоді як порушення провадження зі здійснення

приватного інтересу пов'язуються виключно з диспозитивною реалізацією права особи на захист;

3) критерій методу, за яким встановлюється домінування застосування імперативного методу впливу до публічно-правових відносин, і, відповідно, в основу правового регулювання приватно-правових відносин покладено диспозитивний метод [26, с. 10; 88, с. 120-125].

З урахуванням викладеного доцільним є висновок про відповідність медичної реформи в Україні дванадцяти принципам організації охорони здоров'я, а отже, про затвердження міжнародних стандартів якості надання медичної допомоги в Україні. Водночас питання регіонального підходу в реалізації медичної реформи, урахування позиції професійних медичних організацій, формування прозорих і адекватних механізмів обрахування заробітної плати медичних працівників в Україні досі належно не вирішено.

Крім того, специфіка діяльності у сфері охорони здоров'я полягає у наявності реальних та потенційних корупційних ризиків [121].

Особи, які обіймають посади публічної служби у сфері охорони здоров'я, є такими суб'єктами, на яких розповсюджуються обмеження, пов'язані із запобіганням корупції. У разі вчинення таких правопорушень ці особи несуть відповідальність, передбачену законодавством, у тому числі й адміністративну.

Видається слушним вказати, що не зважаючи на те, що адміністративно-правові засоби широке застосування як в чинному законодавстві України, так і в наукових дослідженнях, утім досі не вироблено єдиної позиції щодо змісту та обсягу поняття, що визначає правопорушення, пов'язані з корупцією. Таким чином, необхідною умовою дослідження є чітке та оптимальне визначення понятійного апарату, оскільки у визначенні відображаються спроби всебічного дослідження об'єкта.

Водночас не вироблено єдиної думки щодо категоріального характеру корупційних ризиків, зокрема у сфері охорони здоров'я, попри глобальний негативний вплив цього феномену. Враховуючи закріплення визначення поняття

корупції на законодавчому рівні, виявлення сутності цього феномену, з'ясування його детермінантів та ознак дасть можливість всебічно та повно проаналізувати зміст поняття «адміністративні правопорушення, пов'язані з корупцією» та визначити неправомірні діяння, за вчинення яких чинною нормативно-правовою базою передбачено застосування адміністративних стягнень. Це сприятиме як виокремленню меж поширення цього явища, так і розумінню, які суспільні відносини потребують охорони адміністративно-правовими заходами, а також охарактеризувати засоби здійснення такої охорони.

Отже, на сучасному етапі існують такі найпоширеніші підходи до наукового розуміння досліджуваного явища:

1. Нормативно-ціннісний (традиційний) підхід. Цей підхід полягає у порушенні, в першу чергу, правил поведінки моралі та етики. Згідно цієї теорії достатньо, щоб шкідливі наслідки були спрямовані на загальне благо чи суспільну користь та спричинені зловживанням повноваженнями. Згідно такого підходу до розуміння корупції, її визначають як обов'язковий «супутник» політики [93, с. 482], соціальне зло [97, с. 303], наслідок корисливо-егоїстичних мотивів [58, с. 458], порушення норм службової поведінки та етики [116, с. 65].

2. Модерністський (класичний) підхід. Відмінністю від традиційного підходу, у цьому підході зроблено акцент на вигоді, отриманій під час протиправних дій. Проте сталою залишається ознака використання службового становища доходів [46, с. 162], особисте збагачення [203, с. 14], підкуп, що загалом визначає зміст корупції [87, с. 77], незаконне прийняття/надання майнових та немайнових послуг, благ та переваг [179, с. 10], приватна вигода [324].

3. Економічний (ринково-центристський) підхід. В межах цього підходу відбувається порівняння корупції з тіньовим економічним ринком, наслідком чого є надмірне державне втручання в економічні процеси, де задля досягнення бажаного результату користуються тіньовими (корупційними) умовами, а не дотримуються легальних вимог. Прихильники цього підходу вказують на функціональний засіб ефективного ведення господарювання [181; 207],

розуміють корупцію, як один із можливих варіантів здійснення економічної поведінки [324, с. 14], розглядають, як реакцію суспільства на вади економічних процесів [16, с. 69], скупку держави, приватизацію публічної влади [115, с. 66], інвестування коштів у посади [8, с. 379].

4. Функціональний підхід. Цей підхід характерний для суспільств, що розвиваються, в яких старі правові норми застарілі та не відповідають сучасним моделям поведінки. В цьому випадку, як і при економічному підході, корупція виступає засобом [210, с. 34], проте відмінність полягає у недосконалості нормативного закріплення правил поведінки. Законодавча база не встигає за вимогами соціально-економічного розвитку.

5. Політичний підхід. За цього підходу корупція є інструментом впливу на політичні процеси, що відбуваються в державі, в якій відсутні та не діють демократичні інституції, а політичний режим має риси авторитарності. Згідно такого підходу корупція розглядається як окремий неформальний інститут, наділений повноваженнями та ресурсами [198, с. 169]; «патологія» політики [337], основної політичної проблеми кінця XX – початку XXI ст. [123, с. 191].

6. Соціально-психологічний (біхевіористичний) підхід. Корупція, при цьому підході, розглядається, як соціально-психологічний феномен з позиції поведінкової активності громадян. Особливостями цього феномену є сукупність людських вад [94, с. 143], порушення формальних та неформальних інституційних обмежень [338, с. 186], викривлена форма контролю власного соціального становища [8, с. 380], супроводжується деморалізацією суспільства та девальвацією моральних цінностей [118, с. 73].

7. Інституційний підхід. У цьому випадку корупція розглядається, як різновид державно-владних відносин. Вказаному підходу притаманні риси обміну службових повноважень задля задоволення особистих потреб службовця [213, с. 115] та є симптомом того, що в системі державного управління існують серйозні дефекти [17, с. 15]. Такий вид призводить до розкладання, деградації влади та соціального управління [204, с. 192].

Варто вказати, що у галузі адміністративного права України засадничими нормативно-правовими актами у сфері протидії корупції є Закон України «Про запобігання корупції» та Кодекс України про адміністративні правопорушення.

Нормативне закріплення поняття «корупція» передбачено у ч. 1 ст. 1 Закону України «Про запобігання корупції» [144].

Виходячи з наведеного визначення, до ознак корупційного діяння у сфері охорони здоров'я відносять [253]:

1) корисливу мету – діяння спрямоване на отримання вигоди як майнового, так і немайнового характеру або приховування такої вигоди;

2) вчиняється визначеним колом осіб:

а) особами, які обіймають посади публічної служби у сфері охорони здоров'я;

б) особами, які для цілей цього Закону прирівнюються до осіб, які обіймають посади публічної служби у сфері охорони здоров'я;

в) особами, які постійно або тимчасово обіймають посади публічної служби у сфері охорони здоров'я, пов'язані з виконанням організаційно-розпорядчих чи адміністративно-господарських обов'язків;

3) вчиняється з використанням наданих особі службових повноважень чи можливостей, що пов'язані з неправомірною вигодою (ст. 1. Закону України «Про запобігання корупції»);

4) має причинно-наслідковий зв'язок, а саме об'єктивний зв'язок між діянням (використання особою службових повноважень чи пов'язаних із ними можливостей) та наслідком;

5) наявна умисна форма вини, що полягає в усвідомленні особою протиправності вчиненого;

6) наслідком корупційних діянь завжди є змова сторін, яка необхідна для задоволення інтересів як суб'єктів, на яких поширюється дія Закону «Про запобігання корупції», так і окремих фізичних осіб, в інтересах яких відбувається незаконне використання службових повноважень чи пов'язаних з ними можливостей;

7) за вчинення корупційного діяння передбачена відповідальність, зокрема адміністративна [252].

Задля повноцінного розгляду корупції варто проаналізувати ще одну категорію, а саме таку категорію, як корупційне правопорушення у сфері охорони здоров'я [144]. Відштовхуючись від наведеного, доцільно окреслити такі ознаки корупційного правопорушення у сфері охорони здоров'я:

- 1) містить ознаки корупції;
- 2) вчинене суб'єктами, що зазначені в ч. 1 ст. 3 Закону України «Про запобігання корупції»;
- 3) за його вчинення передбачено юридичну відповідальність, зокрема адміністративну.

У контексті наведеного варто зробити певні висновки щодо доцільності виокремлення категорії правопорушень, пов'язаних із корупцією у сфері охорони здоров'я. В першу чергу для оптимальної визначеності змісту поняття «правопорушення, пов'язані з корупцією у сфері охорони здоров'я» у розрізі адміністративного права України доцільно навести поняття, що законодавчо закріплено у ч. 1 ст. 1 Закону України «Про запобігання корупції», правопорушення, пов'язане з корупцією – діяння, що не містить ознак корупції, але порушує встановлені цим Законом вимоги, заборони та обмеження, вчинене особою.

Окремі вчені визначають адміністративні правопорушення, пов'язані з корупцією, це такі порушення, які є порушенням конкретних антикорупційних правил, встановлених Законом «Про запобігання корупції» [48, с. 183]. Таким чином наголошується не на порушеннях приписів, які містяться у відповідних законодавчих нормах, а на антикорупційних правилах, які закріплені виключно саме вказаним законом.

Інші автори досліджуване поняття визначають як у широкому, так й вузькому значенні. Згідно широкого підходу, то це винна, протиправна поведінка суб'єкта, яка посягає на встановлений порядок управління і за яку адміністративним законодавством передбачено відповідальність. Вузьке

розуміння зводиться до того, що це діяння особи з деформаційним станом правосвідомості, діяльність якої пов'язана зі сферою державного управління, шляхом реалізації нею дій або, навпаки, бездіяльності, що пов'язано з використанням особою свого службового становища під час проходження нею державної служби [59, с. 26].

Відповідно на підставі наведеного доцільно дійти висновку, що адміністративні правопорушення, пов'язані з корупцією у сфері охорони здоров'я – це діяння, що не містить ознак корупції, але порушує встановлені Законом України «Про протидію корупції» вимоги, заборони та обмеження, вчинене особою, яка обіймає посаду публічної служби у сфері охорони здоров'я.

Доцільно вказати, що поняття будь-якої категорії щільно пов'язано з його ознаками [38]. Виключно чітко визначені суттєві ознаки формують таку категорію, як поняття, яке дозволяє виявити схожість окремих категорій та окреслити їхню відмінність від інших. У спеціальній літературі слушно вказується, що ознаками можуть бути не тільки властивості, що належать предмету, а й їхня відсутність [128, с. 155].

Незважаючи на нормативне визнання прав і обов'язків медичних працівників, варто констатувати, що правова регламентація професійної діяльності цієї категорії громадян у національному законодавстві потребує окремих доповнень і додаткових уточнень, зокрема частина прав медичних працівників.

Враховуючи все вищезгадане, можна виділити деякі особливості правового статусу медичного працівника в умовах реформи охорони здоров'я:

1) активізація діяльності професійних медичних організацій – як прояв реалізації права медичних працівників на створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій;

2) отримання заробітної плати лікарями первинної ланки, виходячи з кількості закріплених за ними пацієнтів – як своєрідне обмеження у праві на належні умови професійної діяльності окремих медичних працівників (напр. тих,

що здійснюють свою професійну діяльність у селах з малою кількістю населення);

3) підвищення ступеня захисту персональних даних у системі “eHealth” – сприяє виконанню обов’язку медичного працівника зберігати лікарську таємницю;

4) затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування – сприяє реалізації права медичного працівника на належні умови професійної діяльності;

5) ухвалення наказу Міністерства охорони здоров’я України від 22 лютого 2019 р. № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» - як сприяння реалізації права медичного працівника на підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п’ять років у відповідних закладах та установах, а також, сприяння виконанню обов’язку медичного працівника постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності;

6) забезпечення безперервності надання медичної допомоги в умовах воєнного стану.

## Висновки до розділу 2:

Дослідивши елементи адміністративно-правового статусу медичного працівника та охарактеризувавши окремі права та обов'язки медичного працівника, доходимо до таких висновків:

1. Структурний зміст адміністративної правосуб'єктності медичного працівника визначається наявністю сукупності тріади елементів – адміністративної правоздатності, адміністративної дієздатності та адміністративної деліктоздатності, реалізація якої має службово-трудовий характер.

2. Запропоновано визначення таких складових адміністративної правосуб'єктності медичного працівника як:

- адміністративна правоздатність, тобто здатність мати службово-трудові права та обов'язки медичного працівника як суб'єкта адміністративного права, які сприяють формуванню організаційних зв'язків та відносин в системі публічного управління та передбачені нормами адміністративного права, володіння якими дозволяє реалізувати інтерес особи у професійному зростанні, підвищенні кваліфікації у сфері надання медичних послуг, надання екстреної медичної допомоги та медичного порятунку, а також у володінні правом особи на працю та її оплату тощо;

- адміністративна дієздатність медичних працівників як здатність реалізовувати свої права та обов'язки адміністративно-правового характеру, що виникає і припиняється разом з їх адміністративною правоздатністю та настає після отримання особою медичної або іншої освіти, проходження подальшої спеціальної підготовки або перепідготовки та отримання відповідних документів (сертифікат фахівця), що підтверджує відповідність єдиним кваліфікаційним вимогам, виконання своїх професійних обов'язків, пов'язаних із наданням медичної допомоги, та перебування у трудових відносинах із закладом охорони

здоров'я будь-якої форми власності, фізичною особою-підприємцем або зайняття індивідуальною медичною практикою;

- адміністративна деліктоздатність медичного працівника як здатність нести юридичну відповідальність за порушення норм адміністративного права, що обумовлює обсяг компетенції медичного працівника (сукупності загальних трудових та спеціальних службових прав та обов'язків).

3. За сферою реалізації та функціональним змістом права медичних працівників поділено на: трудові; службові; духовно-культурні; соціально-економічні; інформаційно-процесуальні. За нормативно-правовими підставами набуття прав та виконання обов'язків медичних працівників виділено: права медичних працівників, що встановлюються трудовим законодавством; права медичних працівників, що встановлюються службовим законодавством; права медичних працівників, що встановлюються цивільним законодавством; права медичних працівників, що встановлюються конституційним законодавством. За умовами набуття та реалізації правосуб'єктність медичних працівників поділено на: правосуб'єктність медичних працівників, що здійснюється в умовах звичайних адміністративних правових режимів; правосуб'єктність медичних працівників, що здійснюється в умовах спеціальних адміністративних правових режимів.

4. Запропоновано класифікацію обов'язків медичних працівників за обсягом здійснення медичної практики на: загальні професійні обов'язки медичних працівників, які пов'язані із здійсненням медичної практики загалом (сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну, лікарську і реабілітаційну допомогу та ін.) та спеціальні обов'язки медичних працівників, що пов'язані з наданням медичної допомоги пацієнту та впливають з прав пацієнтів (здійснювати належне медичне обслуговування, спрямоване на попередження захворювання; сприяти ефективному та доступному для усіх громадян медичному обслуговуванню без дискримінації за ознаками наявності фінансових ресурсів, місця проживання, виду захворювання або часу звернення

за допомогою; надавати пацієнту повну і достовірну інформацію про стан його здоров'я та ознайомлювати з відповідними медичними документами, що стосуються здоров'я та ін.).

5. Виділено деякі особливості правового статусу медичного працівника під час воєнного стану:

- під час воєнного стану у медичного працівника в певній мірі розширюється обсяг гарантій реалізації його прав та створення умов для належного виконання покладених на нього обов'язків (заборона покарання та утисків за надання медичної допомоги; у разі арешту медичного працівника він повинен бути звільнений і репатрійований без затримки), але деякі встановлені законодавством права медичних працівників можуть бути обмежені (право на працю, право на страйк);

- медичний нейтралітет є основою для наповнення змісту прав та обов'язків медичних працівників під час збройних конфліктів, а медичний імунітет накладає зобов'язання на інших осіб, проте, як виявилось, дуже слабо являють собою гарантію реалізації прав медичних працівників під час збройних конфліктів;

- держави повинні навчати своїх військових, працівників поліції та інших працівників правоохоронних органів дотримуватися правових стандартів щодо забезпечення права на медичну допомогу, захисту медичних працівників та людей, які потребують медичної допомоги, адже, у разі ретельного збору доказів стосовно порушень принципу нейтралітету медичних працівників, такі порушення набувають статусу воєнних злочинів.

6. Окреслено основні обов'язки медичного персоналу під час воєнного стану в країні, як: суворе дотримання норм міжнародного гуманітарного права; гуманне поводження з жертвами війни (не наражати осіб, які належать до цих категорій, ніяким небезпечним для їх здоров'я процедурам, дослідям, експериментам, поважати їх фізичну і психічну недоторканність, конфіденційність діагнозу, дотримуватися лікарської таємниці); надання пораненим, хворим, військовополоненим, особам, потерпілим від аварії корабля,

медичної допомоги; неухильне дотримання принципів медичної етики, тобто своїх лікарських обов'язків (ст. 16 Додаткового протоколу I) відповідно до «клятви Гіппократа», положень, які розвинені «Женевською клятвою» і «Міжнародним кодексом медичної етики», розроблених Всесвітньою медичною асоціацією (тобто сумлінно виконувати професійні обов'язки; своєю головною турботою вважати здоров'я хворого, пораненого; не розголошувати таємниць, довірених йому; поважати цінність людського життя; не використовувати медичні знання проти законів людяності, навіть при загрозі життя; не допускати ніякої релігійної, національної, расової, політичної чи соціальної дискримінації при виконанні свого обов'язку); виконання Правил медичної етики для воєнного часу та Правил надання допомоги пораненим і хворим у збройних конфліктах, які були схвалені в 1957 р. МКЧХ, Міжнародним комітетом військової медицини і фармації і Всесвітньою організацією охорони здоров'я та затверджені Всесвітньою медичною асоціацією (якими забороняється проведення на людях медичних експериментів; надавання медичної допомоги здійснюється без дискримінації за ознакою раси, статі, віросповідання, національності тощо; гуманне звернення без будь-яких відмінностей з особами, які безпосередньо не беруть участь у військових діях або вийшли з ладу; недопущення якої б то не було медичної процедури, що не є необхідною за станом здоров'я, а також проведення медичних, наукових чи інших дослідів; отримання згоди пацієнта (якщо він в змозі це зробити) на лікування, хірургічне втручання, пов'язані з ризиком для його життя та належне здійснення медичного сортування постраждалих при масових випадках травмування).

7. Виділено деякі нормативні особливості закріплення адміністративно-правового статусу медичного працівника в умовах реформи охорони здоров'я, що полягають в: активізації діяльності професійних медичних організацій – як прояву реалізації права медичних працівників на створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій, що створює передумови до запровадження лікарського самоврядування як певної незалежної професійної організації, на яку покладається сукупність делегованих

повноважень у сфері охорони здоров'я; отриманні заробітної плати лікарями первинної ланки, виходячи з кількості закріплених за ними пацієнтів – як своєрідне обмеження у праві на належні умови професійної діяльності окремих медичних працівників (напр. тих, що здійснюють свою професійну діяльність у селах з малою кількістю населення); встановленні системи персоніфікації особи медичного працівника через запровадження засобів підвищення ступеня захисту персональних даних у системі «eHealth», що сприяє виконанню обов'язку медичного працівника зберігати лікарську таємницю; затвердженні Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування – сприяє реалізації права медичного працівника на належні умови професійної діяльності; ухвалення наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 р. № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» - як сприяння реалізації права медичного працівника на підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах, а також, сприяння виконанню обов'язку медичного працівника постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності; забезпеченні безперервності надання медичної допомоги в умовах воєнного стану.

Підкреслено, що реалізація змісту адміністративно-правового статусу медичного працівника вимагає встановлення нормативного підходу до розуміння правосуб'єктності осіб, зобов'язаних надавати екстрену медичну допомогу; первинну медичну допомогу; вторинну (спеціалізовану) допомогу; третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; паліативну допомогу; медичну реабілітацію. З врахуванням структури системи національного медичного права є необхідним розробка та запровадження спеціального законодавчого акту про встановлення змісту адміністративно-правового статусу медичних працівників.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО СТАТУСУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: ДОСВІД ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЙОГО ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

#### 3.1. Адміністративно-правовий статус медичних працівників у зарубіжних країнах

Гармонізація законодавства України із європейським законодавством є важливою складовою процесу європейської інтеграції. Разом з тим, варто підкреслити, що недостатньо лише створювати та удосконалювати нормативно-правову базу, доцільно забезпечувати дієві механізми її практичної реалізації. У цьому аспекті становить інтерес зарубіжний досвід реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників. Актуальність цієї проблематики підкреслюється зокрема і тим, що наразі питання реформування та удосконалення сфери охорони здоров'я постають практично перед усіма урядами світу і потребують вирішення із урахуванням поточної ситуації [209]. Для нашої держави відповідний досвід може бути корисним задля забезпечення ефективності реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників, а також подальшого запровадження сучасних вимог та стандартів у галузі охорони здоров'я в цілому.

Нормативно-правову основу адміністративно-правового статусу медичних працівників становлять такі міжнародно-правові акти як, зокрема: Загальна декларація прав людини [248], Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права [109], Хартія основних прав Європейського Союзу [245], Європейська соціальна хартія [40], Конвенція про права дитини [79], Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації [107], Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації

щодо жінок [77], Конвенція про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) [80], Африканська хартія прав людини і народів [225] тощо.

У кожній країні від національної політики у галузі охорони здоров'я та правового забезпечення напряду залежить ефективність реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників. Зокрема під час формування та реалізації політики у галузі охорони здоров'я більшість країн світу у своєму законодавстві передбачають адміністративні норми, що регулюють адміністративно-правовий статус медичних працівників, впроваджують ті заходи, які в подальшому допоможуть подолати проблеми реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників.

По суті, метою запровадження певних стандартів та режимів регулювання охорони здоров'я є забезпечення найвищої якості медичної допомоги населенню. Частина цього завдання полягає в тому, щоб контролювати медичний персонал, у тому числі якість надання медичних послуг. В ідеалі це передбачає застосування науково обґрунтованих професійних стандартів для медичних працівників.

Існують різні регуляторні підходи до досягнення цих цілей у міжнародних та національних (регіональних) юрисдикціях. Утім варто підкреслити, що на сучасному етапі спостерігається тенденція до переходу від традиційного підходу реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників до більш обмеженого. Це обумовлено в першу чергу тим, що уряди більшості держав прагнуть впровадити не тільки якісну, але й економічно ефективну державну політику у сфері охорони здоров'я населення. У різних країнах цілі такого переходу можуть бути схожими, але відрізнятися механізми такої реалізації, пов'язані з місцевими історичними, політичними та культурними особливостями [228].

У нашому дослідженні ми спробуємо проаналізувати досвід реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників у Сполучених Штатах Америки (далі – США), Канаді, Швейцарії, Австралії та Великобританії,

підкреслюючи відмінності у регулюванні цими державами сфери охорони здоров'я в публічних інтересах в цілому та у вирішенні питання реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників зокрема.

В США важливим нормативно-правовим актом, який є підґрунтям для реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників і взагалі функціонування сучасної системи охорони здоров'я є Поправки соціального забезпечення (1965 р.), якими передбачено існування двох систем медичного страхування у США: «Medicare» та «Medicaid» [268]. Крім того до нормативно-правової бази, яка закріплює повноваження та відповідальність медичних працівників доцільно віднести: Закон «Про організацію охорони здоров'я» (1973 р.) [270]; Консолідований закон «Про примирення бюджету «Омнібус» (1985р.) [248]; Закон «Про покращення якості медичної допомоги» (1986 р.) [264]; Закон «Про портативність та підзвітність медичного страхування» (1996 р.) [269]; Закон «Про покращення якості та безпеки пацієнтів» (2005 р.) [313]; Закон «Про повторне затвердження програми медичного страхування дітей» (2009р.) [246]; Закон «Про медичні інформаційні технології в галузі економічного та клінічного здоров'я» (2009 р.) [265]; Закон «Про захист пацієнтів та доступну допомогу» (2010 р.) [229]; Закон «Про лікування 21 століття» (2016 р.) [223] тощо.

Незважаючи на досить потужну нормативно-правову базу, яка регламентує адміністративно-правовий статус медичних працівників, варто зазначити, що у США питаннями регулювання сфери охорони здоров'я в першу чергу займаються штати. Зокрема закони та нормативні акти штатів визначають конкретні межі адміністративно-правового статусу медичних працівників, включаючи медичні послуги, які можуть бути запропоновані на законних підставах. Регулювання відбувається під егідою ряду державних органів, включаючи департаменти охорони здоров'я, освіти та інші державні установи, в яких існують так звані регулюючі ради. Такі регулюючі органи розрізняються за обсягом повноважень, рівнем автономії та повноваженнями щодо контролю за адміністративними процесами. Так, звіт «State Regulatory Structures» за 2020 рік

про структури державного регулювання надав всебічний огляд таких органів [331]. Зокрема, у 26 з загальної кількості юрисдикцій регуляторні ради мали повну автономію у прийнятті рішень; 16 штатів використовували змішану модель, де деякі регулюючі органи мали автономію, тоді як інші використовували центральне агентство для прийняття рішень. Чотири штати у вирішенні питань покладалися виключно на центральне агентство з прийняття рішень, а ради директорів працювали лише в консультативній якості.

Варто вказати, хоча штати мають конституційні повноваження керувати регуляторними процесами, федеральний уряд здатний впливати на управління штатом. Консультативні висновки Федеральної торгової комісії та судова практика США підкреслюють невід'ємний ризик саморегулювання, тобто ризику, пов'язані з можливістю оптимальної реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників [322] та негативний вплив монополістичної практики, що призводить до порушення федеральних антимонопольних законів та обмежує права медичних працівників [303]. Висновки до зазначеного звіту містять пропозицію щодо посилення нагляду за певними рішеннями ради з боку зовнішніх органів задля уникнення непотрібних антиконкурентних результатів [323].

Крім того, вказується, що декілька штатів, після внесення зміни в структуру професійних регуляторних рад шляхом створення централізованих ревізійних рад з повноваженнями приймати або відхиляти рекомендовані радою рішення, у результаті удосконалили підходи щодо реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників [303; 323].

Слід зазначити, що медична діяльність в США ліцензується. Зокрема після отримання ліцензії медичний працівник періодично має проходити перереєстрацію в ліцензійному органі, що утворюється на підставі Акту про медичну практику (Medical Practice Act) у кожному штаті.

До повноважень такого ліцензійного органу належать:

- розгляд скарг та звітів, які отримано від пацієнтів та інших органів щодо питання можливої некомпетентності або непрофесіоналізмі медичного працівника;

- проведення слухання у такій справі;

- застосування заходу реагування до медичного працівника, який порушив закон, що може включати зупинення ліцензії, «випробувальний строк» або обмеження ліцензії, відкликання ліцензії, публічна догана або штрафи.

Результати реалізації вказаних повноважень впливають на адміністративно-правовий статус медичного працівника та відповідно на можливості його реалізації. Зокрема проблема, через яку варто зупинити або відкликати ліцензію медичного працівника, може бути вирішена шляхом проходження ним додаткового навчання або практики, ліцензію обмежують або встановлюють випробувальний термін для такого спеціального навчання або практики.

Під час проведення таких слухань забезпечується право на справедливий процес та діє принцип невинуватості. У випадках, коли пацієнтам загрожує безпосередня небезпека, до завершення розслідування, застосовується термінове зупинення дії ліцензії.

Вся інформація про умови ліцензування та наявні дисциплінарні провадження збирається в Базі даних про медичних працівників (FSMB Physician Data Center), тобто у системі, яка інформує про розпочаті дисциплінарні провадження у всіх штатах, де медичний працівник отримав ліцензію.

Відповідно ліцензійні органи виконують функцію репозиторію наявної інформації про медичних працівників, зокрема містять інформацію щодо статусу ліцензії, дисциплінарних стягнень та проваджень щодо певного медичного працівника. Крім того містять інформацію щодо вироків у кримінальних справах та санкціях, накладених лікарнями, а також рішення у справах щодо непрофесійної діяльності.

Процес розгляду скарги на дії медичного працівника може викрити випадки відхилення у його діях від медичних стандартів, прийнятих у певному штаті, наприклад: призначення надмірної кількості або призначення невідповідних ліків; недіагностування медичної проблеми, що була виявлена пізніше тощо.

Після отримання скарги, ліцензійний орган починає розгляд такої справи, що складається з дев'яти етапів. Деякі з цих етапів є обов'язковими, окремі етапи є факультативними, зокрема:

1) Оцінка юрисдикційної належності скарги – це перший етап розгляду скарги, на якому з'ясування питання чи знаходиться скарга в межах компетенції ліцензійного органу. Якщо це так, то ліцензійний орган визначає пріоритетність справи та починає розслідування. У випадку, коли скарга не належить до його компетенції, вона скеровується до органу, скеровується до органу, який має необхідну юрисдикцію, а скаржнику надають відповідь щодо цього та можливі варіанти вирішення питання.

2) Другим етапом розгляду скарги є визначення пріоритетності справи та початок розслідування. Зокрема на цьому етапі визначається, яка небезпека існує для громадського здоров'я. У випадку наявності такої небезпеки, ліцензійний орган має повноваження негайно зупинити ліцензію медичного працівника та зобов'язати припинити прийом пацієнтів.

3) Третій етап – це початок розслідування та одночасне інформування всіх зацікавлених осіб. Так, після визначення пріоритетності, ліцензійний орган починає розслідування, залучаючи до участі в справі всіх осіб, які володіють релевантною інформацією.

4) На четвертому етапі медичний працівник та скаржник отримують офіційні повідомлення (повістки), в яких містяться обґрунтування претензії та прохання надати наявні пояснення, що стосуються відповідної ситуації.

5) На наступному етапі справа підлягає фаховому аналізу, тобто відбувається експертна перевірка лікарями надання медичної допомоги, що була надана колегами лікарями. Запровадження оптимальної професійної експертної оцінки надання медичної допомоги направлено на вирішення ряду проблем, зокрема: випадки зловживання лікарем та необхідність покращення якості медичної допомоги, існування національної потреби обмеження можливості некомпетентних лікарів переходити з однієї лікарні в іншу в різних штатах без розголошення або виявлення попередньої шкоди чи некомпетентної діяльності лікаря, існування потреби у забезпеченні стимулів та захисту для лікарів, які беруть участь у ефективних професійних експертних оцінках. Крім того наразі не існує стандартів, якими б керувались при проведенні об'єктивної експертної оцінки, наслідком чого є зловживання та виконання цього процесу для власної вигоди для дискредитації лікарів, які можуть перебувати у політичній чи економічній конкуренції, використання помилкових доказів. Тому сьогодні в США мова йде про удосконалення цього процесу і досягнення цілей, які були поставлені з провадженням експертної перевірки [264].

6) Ліцензійний орган вирішує, який захід впливу застосовувати. Зокрема існує значна кількість різновидів дисциплінарних заходів, які можуть застосовуватися, а саме: відкликання ліцензії, встановлення обмежень на ліцензію, встановлення штрафів. Крім того ліцензійний орган може подати офіційну скаргу на лікаря, яка може привести до призупинення або відкликання ліцензії, а також до виклику до ліцензійного органу, або вимоги щодо оцінки фізичного, професійного чи психіатричного стану лікаря.

7) Ліцензійні органи призначають слухання у разі вагомих порушень – формальний розгляд справи, на якому лікарі мають додаткову можливість дати відповідь на скаргу. Деякі із справ можуть бути затверджені ліцензійним органом та завершені мировою угодою. У випадку коли справа є вирішеною та врегульованою, то ліцензійний орган її закриває.

8) Подібно до судового засідання розглядаються не врегульовані справи. Є формальна процедура, з наданням доказів, у тому числі заслуховуванням свідків, після чого ліцензійний орган аналізує відомості, які отримав, та встановлює наявність або відсутність порушень Акта про медичну практику. За ситуації виявлення порушень щодо лікаря застосовуються дисциплінарні стягнення.

9) Інформація щодо виявлення порушень Акта про медичну практику та застосування дисциплінарного стягнення буде оприлюднена та передана ліцензійним органам інших штатів. Така інформація стає частиною професійного профілю лікаря та стає доступною для пацієнта [129].

У спеціальній літературі США вказується, що на сучасному етапі критичною проблемою, пов'язаною з реалізацією адміністративно-правового статусу медичних працівників, є міжштатна варіація сфери практики, яка обмежена місцезнаходженням медичних працівників, а не їхніми навичками та компетенціями. Зокрема більшість медичних працівників у США навчаються за національно акредитованими освітніми програмами з використанням стандартних навчальних програм та найповніших національних іспитів на компетентність. Незважаючи на ці національні стандарти, деякі штати обмежують здатність медичного працівника практикувати в повному обсязі продемонстрованої ними професійної компетентності. Так, закони штату про ліцензування можуть перешкоджати наданню послуг, коли медичний працівник має ліцензію в іншому штаті, ніж той, де знаходиться пацієнт. Таким чином адміністративні норми можуть обмежувати можливості реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників [321].

Щоб усунути цей бар'єр, окремі штати вирішили приєднатися до міжштатних ліцензійних угод, які дозволяють лікарям-клініцистам, які відповідають вимогам ліцензування в одному штаті, практикувати в інших за договором. Крім того розроблена так звана комплексна ліцензія медсестри, яка визнана у 25 штатах [305] і міждержавна медична ліцензія, визнана в 29 штатах

[277]. Інші медичні професії також активно впроваджують міжштатні договори, включаючи персонал екстреної медичної допомоги та фізіотерапію тощо. Ці інституції особливо виправдали своє існування під час спалаху COVID-19 у США, що дозволило лікарям-клініцистам перетинати кордони штатів та практикувати там, де була потреба та фіксувався брак медичних працівників.

Варто підкреслити, що сфера охорони здоров'я в США змінюється, і ці зміни посилили дискусію про вплив сфери практики на можливості реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників. Утім слушною є думка, що стандартизація сфер практики для медичних професій на основі компетенції дозволила б надавати послуги, не обтяжені кордонами штатів. Слушною є пропозиція щодо створення нових професій та розширення практики для медичних працівників має ґрунтуватися на найкращих наявних практиках і бути в межах параметрів підготовки та компетентності для цієї професії [254].

Варто вказати, що під час пандемії в США було приділено безпрецедентної до того часу уваги до забезпечення здоров'я і безпеки медичних працівників. Зокрема у Виконавчому наказі про охорону праці працівників від 21.01.2021 [256] Президентом США було підкреслено, що забезпечення здоров'я і безпеки медичних працівників є національним пріоритетом і моральним імперативом. «Медичні працівники ризикують своїм життям під час пандемії COVID-19. Політика моєї Адміністрації полягає в захисті здоров'я та безпеки працівників від COVID-19. Федеральний уряд повинен вжити швидких заходів, щоб зменшити ризик того, що медичні працівники можуть заразитися COVID-19 на робочому місці. Це вимагатиме видачі науково обґрунтованих вказівок, які допоможуть захистити працівників від впливу COVID-19, у тому числі щодо носіння масок; партнерство з органами державної влади та місцевого самоврядування для кращого захисту державних службовців; забезпечення виконання вимог охорони праці медичних працівників; і наполягати на додаткових ресурсах, щоб допомогти роботодавцям захистити працівників [256]», вказав у згаданому наказі Президент Джо Байден.

Захист працівників від COVID-19 відповідно до Закону про безпеку та гігієну праці зобов'язував Міністра праці, діючи через помічника міністра праці з питань безпеки та гігієни праці, на виконання політики, описаної в розділі 1 цього наказу:

(а) видати протягом 2 тижнів з дати цього наказу та спільно або за погодженням з керівниками будь-яких інших відповідних виконавчих департаментів та агентств (агентств) переглянуті рекомендації роботодавцям щодо безпеки на робочому місці під час пандемії COVID-19;

(b) розглянути питання про необхідність будь-яких надзвичайних тимчасових стандартів щодо COVID-19, у тому числі щодо масок на робочому місці, і якщо такі стандарти будуть визнані необхідними, видати їх до 15 березня 2021 року;

(с) переглянути зусилля Управління з безпеки та гігієни праці (OSHA), пов'язані з COVID-19, та визначити будь-які коротко-, середньо- та довгострокові зміни, які можуть бути внесені для кращого захисту працівників та забезпечення справедливості у правозастосуванні;

(d) запустити національну програму, щоб зосередити зусилля OSHA щодо правозастосування, пов'язані з COVID-19, на порушеннях, які піддають найбільшу кількість працівників серйозному ризику [256].

Доцільно вказати, що у США питання реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників щільно пов'язані з основами лікарської етики, якій приділено значну увагу. Як підкреслюється у спеціальній літературі [113], на сучасному етапі у США лікарська етика набуває все більшого значення, оскільки в багатьох штатах спостерігається певне розчарування медичних працівників практикувати у своїй професії, чи то через обмеженість ресурсів, урядове і/або корпоративне мікро-управління наданням медичних послуг, чи то через сенсаційні повідомлення у засобах масової інформації про лікарські помилки та неетичну лікарську поведінку або сумніви щодо їхніх повноважень та навичок з боку пацієнтів та інших медичних працівників [122].

Основи лікарської етики завжди закріплювали права медичних працівників, зокрема лікарів так само, як і їхню відповідальність. Зокрема Кодекс Американського Лікарського Товариства 1847 року, включав розділи, присвячені зобов'язанням пацієнтів та громадськості перед медичними працівниками.

Звісно у сучасному житті більшість з цих зобов'язань втратили свою актуальність та були визнані застарілими, як-то наприклад: «Слухняність пацієнта до приписів його лікаря має бути старанною та беззастережною. Йому ніколи не повинні дозволятися його власні сирі думки». Тим не менш, твердження «Громадськість повинна... обмірковувати оцінку лікарської кваліфікації ... [і] щоб дозволити кожному здобути медичну освіту...» досі чинне, утім Американська Медична Асоціація (АМА) виключила ці положення зі свого Кодексу етики [122].

Протягом багатьох років Світове Лікарське Товариство (WMA) прийняло ряд правових актів про права лікарів, серед яких варто виділити:

- Заяву про свободу відвідувань лікарських зустрічей 1984 року, яка закріплює, що «не повинно... бути ніяких перешкод, які запобігатимуть лікарям відвідувати засідання Світового Лікарського Товариства (WMA) або інші лікарські зустрічі, де такі зустрічі скликаються» [122].

- Декларацію про лікарську незалежність і професійну свободу 1986 року: «Лікарі повинні мати професійну свободу піклування про своїх хворих без втручання» і «Лікарі повинні мати професійну свободу представляти і захищати потреби здоров'я пацієнтів проти всіх, хто буде заперечувати або обмежувати необхідну допомогу хворих і поранених» [122].

- Заяву про професійну відповідальність за стандарти медичної допомоги 1995 року, яка проголошує, що «будь-яке судження про лікарську професійну поведінку або виконання повинно включати оцінку від професійних колег лікаря, які з ознаки своєї професійної підготовки та досвіду, розуміють складність піднятих медичних питань». Та ж сама заява осуджує «будь-які

процедури розгляду скарг від пацієнтів або процедури компенсування пацієнтам, які не можуть бути засновані на сумлінній оцінці дій або бездіяльності лікаря, даній його колегами» [122].

- Декларацію про підтримку лікарів, які відмовилися брати участь або миритися з використанням тортур та інших форм жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність поводження 1997 року, яка зобов'язує Світове Лікарське Товариство (WMA) «підтримувати і захищати, а також закликати свої національні лікарські товариства до підтримки і захисту лікарів, які чинять опір участі у таких нелюдських процедурах, або які вкладають працю у лікування та реабілітацію жертв, а також забезпечити право дотримуватись найвищих етичних принципів, включаючи медичну конфіденційність...» [122].

- Заяву про етичні керівні вказівки для міжнародного вербування лікарів 2003 року закликає кожна країну «робити все можливе, щоб зберегти своїх лікарів у цій професії а також у країні, надаючи їм підтримку, якої вони потребують для задоволення своїх особистих і професійних цілей, беручи в розрахунок потреби і ресурси країни», забезпечити, щоб «Лікарі, які працюють, постійно або тимчасово, у країні, іншій крім своєї рідної країни... повинні бути рівноправними з іншими лікарями цієї країни (наприклад, рівна можливість кар'єри і рівна оплата за таку ж роботу)» [122].

Варто вказати, що громадські опитування незмінно показують, що лікарі у США є одними з найбільш поважаних і надійних професійних груп. Вони, зазвичай, отримують відносно високу заробітну платню, мають велику клінічну автономію, можуть брати участь у наукових дослідженнях. Утім найважливішим є те, що вони надають медичні послуги, які мають цінність для суспільства, в цілому та, у тому числі, для окремих категорій осіб, особливо тих, які є найбільш вразливим і тих хто їх найбільш потребує.

Потреба забезпечення безпеки пацієнтів, а також пропаганда здорового способу життя медичних працівників, стала передумовою для обмеження кількості робочих годин і тривалості змін медичних працівників. Крім того, деякі

медичні навчальні установи сьогодні полегшили жінкам-лікарям переривання їхніх навчальних програм за сімейними обставинами. Отже, сучасна система охорони здоров'я США орієнтована на те, щоб медичні працівники зміцнювали власне здоров'я шляхом виявлення стрес-чинників у своєму професійному та особистому житті, а також шляхом розробки і реалізації відповідних так званих «стратегій виживання». Йдеться про те, що медичні працівники, шукали допомоги у колег і відповідно кваліфікованих професіоналів задля вирішення особистих проблем, та тих проблем, які можуть негативно вплинути на їхні відносини з пацієнтами, колегами чи суспільством в цілому.

Для реалізації вказаного в США працює Агентство з досліджень та якості охорони здоров'я (The Agency for Healthcare Research and Quality's), метою якого є допомога професіоналам надати якісну, безпечну та цінну допомогу, зосередившись на трьох основних компетенціях: щодо дослідження системи охорони здоров'я, удосконалення медичної практики, проведення аналітики щодо виявлених проблем та надання пропозицій для оптимального для вдосконалення [327]. Поряд з названим Агентством працюють: Агентство з реєстру токсичних речовин та захворювань (The Agency for Toxic Substances and Disease Registry) [328]; Центри з контролю та профілактики захворювань (The Centers for Disease Control and Prevention) [329]; Центри Medicare та Medicaid Services (The Centers for Medicare & Medicaid Services) [330]; Управління з контролю за продовольством та лікарськими засобами (The Food and Drug Administration) [332]; Адміністрація медичних ресурсів та послуг (The Health Resources and Services Administration) [333]; Національний інститут охорони здоров'я [334]; Управління з глобальних питань (Office of Global Affairs) [312]; Офіс Національного координатора з питань інформаційних технологій в галузі охорони здоров'я (The Office of the National Coordinator for Health Information Technology) [335]; Адміністрація служб зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) [326].

Наступною державою, яку ми обрали для аналізу є Канада, яка розробила одну з найкращих систем охорони здоров'я у світі, основою для якої є надійне законодавство, що врегульовує більшість аспектів цієї сфери [25]. До таких нормативно-правових актів доцільно віднести: «Національний закон про охорону здоров'я 1953 року» [306], Закон «Про лабораторії сироватки крові Співдружності 1961 року» [247], Закон «Про медичне страхування 1973 року» [267]; Закон «Про епідеміологічні дослідження (конфіденційність) 1981 року» [255]; Закон «Про охорону здоров'я та інші послуги (компенсація) 1995 року» [263]; Закон «Про Австралійський інститут охорони здоров'я та добробуту 1987 року» [234], Закон «Про медичне страхування (патологія) (збори) 1991 року» [266]; Закон «Про медичну шкоду 2002 року» [297]; Закон «Про медичне забезпечення (нагляд та стандарти продукції) 2003 року» [295], Закон «Про медичне відшкодування (виплата на підтримку виплат) від 2004 року» [296]; Закон «Про медичне відшкодування (виплата за конкурентну перевагу) 2005 року» [294], Закон «Про рак Австралії 2006 року» [242]; Закон «Про національну безпеку охорони здоров'я 2007 року» [308]; Закон «Про стоматологічні виплати від 2008 року» [250]; Закон Австралії «Про орган донорства та трансплантації органів 2008 року» [234]; Закон «Про ідентифікатори охорони здоров'я 2010 року» [273]; Закон «Про Австралійське національне агентства з профілактичного здоров'я 2010 року» [235]; Закон «Про систему професійної відповідальності акушерки (внесок Співдружності) 2010 року» [300]; Закон «Про професійну компенсацію акушеркам 2010 року» [300], Закон «Про реформу охорони здоров'я 2011 року» [307], Закон «Про медичні записи 2012 року» [305], Закон «Про Національний реєстр скринінгів (послідовні та перехідні положення) 2016 року» [304], Закон «Про біозахист 2015 року» [238], Закон «Про гарантування медичної допомоги 2017 року» [299].

У Канаді професійне регулювання охорони здоров'я та питання реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників підпадають під провінційну та територіальну юрисдикцію. Таким чином, і незважаючи на акредитацію національного рівня та освітні стандарти для багатьох медичних

професій, по всій країні існують суттєві відмінності з точки зору регуляторних моделей.

Зокрема спільним для всіх провінцій є саморегулівний статус більшості медичних професій через статутне делегування повноважень міністрам охорони здоров'я для встановлення нормативних актів, а також регулюючим органам (регуляторними коледжами) для управління відповідними професіями [224; 226; 339]. Запровадження нових регульованих медичних професій та зміни у сфері практики вимагають певних нормативних змін. Професійні регуляторні органи несуть відповідальність за встановлення повноважень щодо вступу на практику, ведення публічного реєстру медичних працівників, дотримання стандартів практики та нагляд за скаргами та дисциплінарними провадженнями [226; 339; 237; 239; 241; 244; 336].

Традиційна модель регулювання професії в галузі охорони здоров'я в канадських провінціях базується на окремих статутах та сферах практики для кожної медичної професії. На сучасному етапі спостерігається тенденція відходу від цієї моделі до так званих «парасолькових рамок», що характеризуються перекриттям сфер практики [281; 282; 226; 260; 272; 275; 311; 339; 320;]. Впровадження нової моделі почалося з моменту прийняття Закону про регульовані професії охорони здоров'я, 1991 (RHPA) [317], відповідно в Онтаріо та інших провінціях з тих пір слідує т.зв. «парасольковому законодавству».

«Парасолькові рамки» закріплюють єдині стандарти до медичних професій, які регулюються спеціальним законодавством, норми якого закріплюють взаємообумовлені положення щодо питань управління, реєстрації, скарг, дисципліни, апеляцій, публічного представництва, регулювання та повноважень щодо прийняття підзаконних актів тощо. «Парасольковий» акт супроводжується конкретними спеціальними нормативними актами або статутами для окремих медичних професій, які використовуються регуляторними органами для розробки компетенцій, керівних принципів та стандартів медичної практики.

Окрім захисної функції «парасолькова» законодавча база наділена рядом контролюючих або обмежуючих функцій, що фактично є основою для збалансування публічного та приватного інтересу у сфері охорони здоров'я [339].

Регулюючі законодавчі акти, спрямовані в переважній більшості на стимулювання співпраці між органами охорони здоров'я. Наприклад, свого часу створено Раду професійної охорони здоров'я – незалежний орган, який відповідає за регулювання та координацію роботи восьми медичних професій. В Онтаріо у 2009 році Законом про внесення змін до статуту про регульовані професії в галузі охорони здоров'я [319] було зобов'язано органи охорони здоров'я співпрацювати між собою у напрямку розробки професійних стандартів для медичних працівників.

Утім «парасолькове законодавство» не в повній мірі забезпечує потреби та не є оптимальним засобом реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників [281]. Зокрема звіт за 2018 рік, підготовлений на замовлення уряду Онтаріо, визнав «парасолькову» систему як таку, що «погано підходить для майбутнього», оскільки вона не дозволяє професіоналу в галузі охорони здоров'я охопити більш широкий спектр медичної практики або взяти участь у контролюючій діяльності, навіть якщо цей медичний працівник демонструє належний рівень компетентності [293]. Проте «парасолькові рамки» та «парасолькове законодавство» визнається більш гнучкими для регулювання сферою охорони здоров'я, що забезпечує сприятливу основу для оптимальної реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників Канади [317, с. 54].

Інша канадська провінція, Нова Шотландія, застосувала альтернативний підхід до регулювання сфери практики медичних працівників. Так, у 2012 році Нова Шотландія запровадила Закон про мережу регульованих професій охорони здоров'я [318] для створення законодавчо встановленого переліку саморегульованих медичних професій, що дозволяє самостійно та на

добровільних засадах регулювати співпрацю. Законодавство закріплює повноваження регулюючих органів щодо укладання угод у сфері тлумачення або зміни медичної практики, з наданням пропозицій щодо подальших законодавчих змін за умови, що провінційний міністр охорони здоров'я визначить, що така угода відповідає публічним інтересам [309].

Однак залежність більшості канадських провінцій від дискреції регулюючих органів для окремих медичних професій та відсутність загальнонаціональної координації навколо сфер практики створюють бар'єри для міжюрисдикційної мобільності та ефективною реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників.

У зв'язку з цим на даний час у іншій провінції – Британській Колумбії – проводиться реформа, яка на меті має скорочення кількості регулюючих органів з двадцяти до шести [325]. Більше того пандемія COVID-19 окреслила необхідність впровадження подальших реформ для оптимізації роботи медичної галузі, зокрема розробляється така державна політика, яка б дозволила міжнародним фахівцям у сфері охорони здоров'я отримати дозвіл на проведення медичної практики та підвищення кваліфікації у провінції тощо [240].

Варто вказати, що на сучасному етапі більшість лікарів Австралії ведуть свою лікарську практику, як самозайняті особи. У 2010 році Австралія розробила систему регулювання діяльністю медичних працівників, яка має назву Національна схема реєстрації та акредитації. Ця схема була впроваджена з прийняттям Закону про національне право регулювання охорони здоров'я [271], який охоплює 15 зареєстрованих медичних професій. Керує цією схемою одне регулююче агентство Ahpra. У той же час 15 національних професійних рад встановлюють професійні стандарти для реєстрації та практики для кожної медичної професії відповідно. Національні ради несуть відповідальність за реєстрацію медичного професіоналу, умов щодо реєстрації, розробки стандартів та етичних кодексів поведінки, а також розгляд скарг на медичних працівників.

Регулювання медичною практикою в Австралії здійснюється шляхом захисту прав медичних працівників відповідно до національного законодавства та мінімізації обмежень практики Національними радами. Національні ради розробляють реєстраційні стандарти щодо сфери практики лікарів, а також розробляють компетенції, стандарти та кодекси професійної поведінки, в яких часто міститься вимога щодо необхідності оцінки медичним працівником своєї компетенції та обсягу практики. Наприклад, стандарти, розроблені Радою медсестер і середнього медичного персоналу Австралії включають вимогу, щоб медсестри практикували «в межах своєї практики». Регулятор визначає сферу практики як «ту, в якій медсестри освічені, компетентні виконувати дозволені законом дії» [310]. Таким чином, Національні ради намагаються розробити та впровадити загальні вимоги для медичного персоналу не деталізуючи та не обмежуючи їх адміністративно-правовий статус.

Національні ради також уповноважені відповідно до національного закону «схвалювати» реєстрацію певних категорій медичних працівників. Це означає, що медичні працівники мають розширені повноваження в певній сфері практики, оскільки вони мають додаткову кваліфікацію, яка затверджується Національною радою [233]. Наприклад, медсестри можуть бути визнані як практикуючі медсестри, а стоматологи можуть бути визнані професіоналами у сфері седації. Кожна Національна рада встановлює вимоги до такого визнання в окремих сферах медичної практики в межах певної професійної спрямованості медичного працівника.

Крім визнання, Національні ради також можуть розробляти спеціальні компетентності та стандарти для вступу на практику, а також для схвалення реєстрації спеціалістів [232].

Разом з тим, роботодавці або професійні асоціації можуть розробити власні вимоги до необхідних навичок, які визначають сферу медичної практики в конкретних умовах або можуть використовувати облікові дані для перевірки

здатності медичних працівників надавати спеціалізовану професійну допомогу [231].

Таким чином, реалізація адміністративно-правового статусу медичних працівників в Австралії відбувається як на основі законодавчих вимог штату, так і вимог розроблених клінічними установами, а також закріплених повноважень на рівні роботодавця або професійної асоціації. Однак уніфіковане законодавство та органи влади, що діють на національному рівні, забезпечують оптимальну реалізацію адміністративно-правового статусу медичних працівників та встановлюють зовнішні межі практики шляхом її стандартизації.

Крім того на сучасному етапі велика увага урядом Австралії приділяється впровадженню Національної стратегія цифрового здоров'я, у якій визначається сім ключових пріоритетів, які лежать в основі австралійського бачення цифрового здоров'я, а саме: інформація про стан здоров'я є доступною, у будь-який час і там де вона потрібна; здійснення безпечного обміну інформації про стан здоров'я; високоякісні дані, які можна впевнено використовувати; покращення доступу до рецептів та до інформації про необхідні лікарські засоби; розробка та прийняття моделі медичної допомоги за допомогою цифрової підтримки, що сприятиме збільшенню доступності, безпеки, якості та ефективності охорони здоров'я (зокрема розробка нових цифрових послуг для підтримки здоров'я немовлят і дітей, покращення цифрових послуг для попереднього планування догляду, вдосконалення обміну інформацією за умови невідкладної допомоги, розширення доступності телемедичних послуг, особливо у сільській та віддаленій місцевості Австралії; працівники, які впевнено використовують цифрові технології охорони здоров'я для забезпечення догляду; цифрова індустрія охорони здоров'я, що набирає швидких обертів, пропонує найбільш передові технології та інновації [230].

Будь-хто в Австралії тепер має можливість отримати електронну медичну картку (my health record), який узагальнює основну медичну інформацію в онлайн режимі та надає можливість особам ділитися інформацією про стан свого

здоров'я з лікарями, лікарнями та іншими постачальниками медичних послуг. Вони мають змогу самостійно контролювати те, що потрапляє до запису і хто має відповідний дозвіл на доступ до нього. Медичні працівники можуть отримати доступ до даних про стан здоров'я, щоб переглянути та додати оновлену інформацію про пацієнтів. Ці дані включають: загальну інформацію про стан здоров'я, історію виписок, записи про призначені рецепти на лікарські засоби та їх відпуск, звіти про патології і діагностику [301].

Основою для реалізації адміністративно-правового статусу медичними працівниками у Швейцарії є Федеральний закон «Про медичне страхування» [286], Федеральний закон «Про електронний облік пацієнтів» [289], Федеральний закон «Про медичне відтворення» [287], Федеральний закон «Про генетичний аналіз людини» [668], Федеральний закон «Про трансплантацію органів, тканин і клітин» [288], Федеральний закон «Про дослідження людських істот» [284], Федеральний закон «Про дослідження ембріональних стовбурових клітин» [285], Федеральний закон «Про університетські медичні професії» [291], Федеральний закон «Про медичні професії» [290]. Окрім цього федерального законодавства, кожен кантон несе відповідальність за правове забезпечення охорони здоров'я на своїй території та відповідає за те, щоб люди були забезпечені доступом до важливих медичних послуг [257].

Сформована під впливом прямої демократії, наявна децентралізована нормативна база забезпечує повну реалізацію адміністративно-правового статусу медичних працівників в Швейцарії. Наприклад, існує постійний обмін повноваженнями щодо прийняття рішень між федеральним, муніципалітетними рівнями управління та кантонами, організаціями громадянського суспільства, а саме між асоціацією страховиків та медичними працівниками та самим населенням, які мають право вето, а також мають повноваження вимагати реформи шляхом громадських референдумів. Охорона здоров'я у Швейцарії організований у більшості випадків її кантонами, у свою чергу контроль за її реалізацією здійснюється Федеральним управлінням охорони здоров'я. Міністри

охорони здоров'я з усіх регіонів формують Швейцарську конференцію кантональних міністрів громадського здоров'я, метою якої є сприяння співпраці та реалізації державної охорони здоров'я [249, с. 24].

Взагалі, якщо ми подивимося на системи охорони здоров'я різних країн, то виявимо, що їх можна умовно поділити на три категорії: ринково-орієнтовані системи, системи соціального страхування та державні системи охорони здоров'я, які організовані державою і фінансуються за рахунок податків. Такі, наприклад, у Великобританії та Швеції.

Зокрема Національна служба охорони здоров'я Великобританії об'єднує всі державні медичні установи, крім того контролює діяльність багатьох приватних медичних установ, що взяли на себе зобов'язання дотримуватися встановлених службою правил [258].

У Великобританії існує десять окремих статутних організацій, які називаються радами та регулюють сферу охорони здоров'я. Ці десять регуляторних органів мають загальний набір основних функцій: встановлення стандартів для медичних професій, забезпечення можливості підвищення кваліфікації медичних працівників, ведення реєстру порушників тощо.

Частіш за все окремі ради регулюють окремі професійні напрями, тоді як Рада з професій охорони здоров'я та догляду (НСРС) регулює 15 різних професій; деякі регулюють сотні тисяч реєстрантів, а деякі регулюють лише кілька тисяч; деякі з них існують протягом тривалого часу, а інші були засновані нещодавно. Більшість з них є органами Великобританії з широкими повноваженнями, за винятком регуляторів фармації та соціальної роботи Англії, які регулюють роботу медичних працівників лише в Англії. Десять з цих рад контролюються Органом з питань охорони здоров'я та соціальної допомоги [314].

Визначення сфери медичної практики у Великобританії є складним і багатогранним з багатьма критеріями. Разом з професійними радами, у Великобританії існує багато інших організацій, відповідальних за регулювання різних сфер охорони здоров'я.

Оскільки основним напрямком діяльності таких професійних регуляторів у Великобританії є контроль за якістю надання медичних послуг, важливим завданням є забезпечення наявності механізмів управління та нагляду для зменшення ризику для громадськості, коли окремі медичні працівники практикують поза межами своєї компетенції.

Серед 10 професійних регуляторів у Великобританії немає загального підходу до визначення сфери застосування практики, утім вони закріплюють у своїх стандартах те, що реєстранти несуть відповідальність за визнання меж своїх знань, навичок, і досвіду, і не має права практикувати, якщо вони не здатні зробити це безпечно та ефективно. Проте існують і більш деталізовані вимоги до меж медичної практики. Зокрема, наприклад, НСРС визначає сферу практики для реєстрантів як «межу ваших знань, навичок і досвіду... Рішення щодо визначення того, що входить, а що не входить до сфери вашої практики, є самостійним» [261].

У стандартах поведінки медичних працівників, результативності та етики НСРС закріплює, що реєстранти повинні направити користувача послуги до іншого практикуючого медичного працівника, якщо ті послуги, які потребує користувач, виходять за межі його практики [262]. Хоча НСРС й розробило стандарти керівних принципів медичної практики [262] для кожної з 15 професій, які регулюються НСРС, утім підкреслюється, що, незважаючи на те, що ці стандарти і закріплюють вимоги до професійної сфери практики реєстранта, посадових інструкцій, політики роботодавця, законодавчих обмежень, питання відповідальності медичних працівників, проте питання визначення меж практики відноситься до повноважень медичних працівників та базується на власному розумінні меж проведення медичної практики.

Загальна стоматологічна рада (GDC) використовує більш формалізований підхід. Радою розроблено адміністративний акт, який чітко закріплює, що відноситься до сфери практики для всіх груп медичних працівників, зокрема, повноваження стоматологічних медсестер, ортодонтів-терапевтів, стоматологів-

гігієністів, стоматологів-терапевтів, зубних терапевти, зубних техніків, клінічних зубних техніків та стоматологів. Таким чином, на відміну від підходу HCPC, GDC встановлює стандарти, закріплені для кожної групи медичних працівників окремо.

Основною професійною асоціацією та профспілкою лікарів у Великобританії є Британська медична асоціація (BMA) [259]. BMA є головним державним органом охорони здоров'я у Великій Британії. Ще однією професійною регулюючою організацією Великобританії є Генеральна медична рада (GMC) – незалежна організація, яка допомагає захищати та покращувати медичну практику і освіту у державі. Окрім цього вона уповноважена вирішувати всі питання пов'язані із медичною реєстрацією та може надавати консультації щодо PLAB та IELTS. Генеральна медична рада відповідає за рішення всіх важливих питань, які стосуються професійної діяльності зареєстрованих в усіх чотирьох історичних провінцій Великобританії лікарів. Представницькі органи Генеральної медичної ради були започатковані для реагування на процеси децентралізації та взяття на себе відповідальності забезпечення відповідного регулювання якості медичного обслуговування для різних верств населення у всіх частинах держави, незалежно від наявності інших організаційних та контролюючих структур у сфері охорони здоров'я.

Пріоритетними напрямками діяльності Генеральної медичної ради (GMC) визначено:

- підвищення обізнаності про роль та функції GMC;
- забезпечення врахування думки всіх ключових груп інтересів розглядаються у процесі розробки політики та управління;
- моніторинг здійснення державної політики в сфері охорони здоров'я, законодавства та структур у кожній країні;
- зв'язок з парламентом Шотландії, Північною Ірландією та Уельськими асамблеями щодо змін медичного регулювання;

- надання різноманітних юридичних, фінансових, організаційних і правових послуг через створені контактні адреси;

- розгортання програми «Ласкаво просимо до Великобританії» [95].

До функцій Генеральної медичної ради належать:

- здійснення контролю якості медичної освіти та навчання лікарів у Сполученому Королівстві;

- ведення медичного реєстру Великобританії;

- встановлення стандартів, яких лікарі повинні дотримуватися, а також контроль за їх виконанням;

- контроль діяльності лікарів та надання юридичної допомоги пацієнтам;

- налагодження співпраці між лікарями та пацієнтами, роботодавцями тощо [20].

Генеральною медичною радою, розроблені стандарти, які визначають професійні вимоги до медичних працівників. Крім того GMC забезпечується контроль за усвідомленням медичними працівниками професійних цінностей, знань, навичок та поведінки, які необхідні для проведення медичної практики у Великобританії. Для цього систематично проводиться опитування широкого кола не лише медичних працівників, але й пацієнтів, роботодавців та освітян з метою удосконалення наявних стандартів фахової підготовки майбутніх лікарів.

Разом з тим, Генеральна медична рада (GMC) здійснює контроль та перевірку, щоб цих стандартів дотримувалися на кожному з рівнів: від освіти до практики. Більше того, Генеральна медична рада (GMC) надає детальні вказівки щодо етичних принципів професійної діяльності лікарів, а саме щодо: принципів управління; принципів інтерактивних тематичних досліджень; вимоги до справ, які розглядають трибунали лікарів-практиків; вимоги до знань, умінь, навичок та продуктивності, безпеки та якості, спілкування, партнерства та командної роботи, підтримки довіри тощо.

До функцій Генеральної медичної ради (GMC) відноситься також контроль за якістю освіти та підвищення професійного рівня медичних працівників, а також затвердження вимог до обсягів, змісту і строку отримання післядипломної медичної освіти. З цією метою проводиться моніторинг, щорічне опитування медичних працівників, що дає можливість швидкого реагування та вирішення будь-яких питань життєдіяльності окремо медичних працівників, так і загалом системи охорони здоров'я. Генеральна медична рада (GMC) у своїй діяльності розробляє та впроваджує різноманітні навчальні ресурси, таким чином підтримуючи як молодих лікарів, так і тих, хто вже має достатній професійний досвід, це у свою чергу сприяє подальшому професійному зростанню кожного медичного працівника [20]

Разом з тим у Великобританії розроблено і запроваджено обов'язкове ліцензування діяльності лікарів, яке проводиться Генеральною медичною радою (GMC) [95]. Крім того, Генеральна медична рада (GMC) не лише визначає кваліфікацію лікаря в певний момент часу, але й контролює дотримання професійних стандартів, встановлених нею, та стандартів спеціалістів, встановленими медичними королівськими коледжами та факультетами. Наявний процес перевірки цих відповідностей має назву повторного підтвердження, яке відбувається кожні 5 років [274] та у випадку виявлення серйозних порушень у діяльності лікаря (наприклад недотримання ним правил і норм медичної етики), Генеральна медична рада (GMC) може виключити такого лікаря з медичного реєстру і тим самим позбавити лікарської практики та диплома про вищу медичну освіту [278].

Отже підводячи певні підсумки проведеного аналізу зарубіжного досвіду реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників, можна дійти висновку, що система такої реалізації має багаторівневу структуру, до якої доцільно віднести рівень нормативного регулювання, інституційного визначення системи, а також процедурний порядок та рівень правозастосування.

### **3.2. Удосконалення адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні: інституційні та нормативно-правові засади**

Пріоритетним напрямом діяльності держави чинне законодавство України в галузі охорони здоров'я визначає гарантування прав не тільки пацієнтів, а й медичних працівників. Правовий статус медичних працівників регулюється в нашій державі законами та підзаконними нормативно-правовими актами (статутами, положеннями тощо) в обсязі, необхідному для забезпечення ефективності реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників. Утім питання щодо правового статусу медичних працівників як сукупності прав, обов'язків і відповідальності залишається одним із найпроблемніших і потребує свого негайного вирішення шляхом прийняття відповідних заходів.

Зокрема для медичних працівників характерним є певний спеціальний статус, який на рівні окремої соціальної групи деталізує загальний. Проте, варто зауважити, що у чинному національному законодавстві відсутнє визначення поняття «медичний працівник». Крім того, в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [119], Наказі МОЗ від 19 березня 2018 р. № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [152] домінують такі поняття, як «лікар загальної практики», «лікуючий лікар», «лікар, що надає первинну медичну допомогу», «сімейний лікар», «лікарі інших спеціальностей» без розкриття змісту вказаних категорій. Саме тому є необхідність у врегулюванні цього питання або за рахунок внесення доповнень в чинне законодавство у сфері охорони здоров'я, або шляхом прийняття спеціального нормативно-правового акта, який би регулював зазначені питання.

Проведений аналіз національного законодавства та практики, а також дослідження зарубіжного досвіду реалізації адміністративно-правового статусу

медичних працівників свідчить, що належне забезпечення ефективності реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників вимагає впровадження державою цілого ряду заходів, як нормативного, так і організаційного характеру. Утім доцільно констатувати, що зміни, які відбулися у нашій державі на сучасному етапі вплинули і на сферу охорони здоров'я, де спостерігається певний комплекс проблем, які подекуди призводять до неможливості забезпечення ефективності реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників та призводять до обмеження у можливостях оптимальної реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників, чинниками яких фактично є певні фактори, обумовлені конфліктом між приватним та публічним інтересами.

Проведений нами аналіз спеціального законодавства показує, що такі обмеження в професійній медичній діяльності доцільно поділити на дві групи: обмеження прав та обмеження обов'язків медичних працівників.

До обмежень обов'язків медичних працівників варто віднести: обмеження щодо обов'язку не розголошувати лікарську таємницю; обмеження обов'язку надання безоплатної медичної допомоги; обмеження обов'язку надання повної інформації про стан здоров'я пацієнта, якщо це може погіршити стан його здоров'я; обмеження кількості пацієнтів, яких повинен приймати лікар; обмеження обов'язку надання медичної допомоги пацієнту, який знаходиться в невідкладному стані у разі біологічної смерті людини тощо.

Відповідно, можуть бути обрані такі обмеження професійних прав медичних працівників: обмеження права на відмову пацієнту в разі не виконання ним приписів або недодержання правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення; обмеження права на вільний вибір затверджених форм, методів і засобів діяльності в установленому порядку запровадження державних стандартів і клінічних протоколів сучасних досягнень медичної і

фармацевтичної науки і практики, а також обмеження, які передбачені статтею 78<sup>1</sup> Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [119].

Питання правового обмеження професійних прав та обов'язків медичних працівників окреслені рядом проблемних аспектів правового регулювання, етичних питань, а також правових колізій. Так, обмеження обов'язку не розголошувати лікарську таємницю регулюється низкою законів та підзаконних актів, таких як: Цивільний кодекс України, Кримінальний процесуальний кодекс України, Цивільний процесуальний кодекс України, Закони України «Про боротьбу з туберкульозом», «Про заходи щодо протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та протидії зловживанню» тощо.

Окремі автори вказують, що обмеження обов'язку надання безоплатної медичної допомоги програмою державних медичних гарантій не відповідає приписам Конституції України, оскільки прямо обмежує конституційне право на безоплатну медичну допомогу в державних та медичних закладах, що є неприпустимим відповідно до статті 22 Основного Закону [227].

Обмеження обов'язку надання повної інформації про стан здоров'я пацієнта, якщо це може погіршити стан його здоров'я, зумовлює ряд проблем, в першу чергу морально-етичних. Противники цього обмеження вважають, що кожен має право готуватися до смерті (завершувати справи, в тому числі юридичні), а замовчування такої інформації є, на думку дослідників, порушенням прав людини на інформацію. З іншого боку, в законі чітко не вказано, хто може надати повну медичну інформацію про такого пацієнта, оскільки вона має бути об'єктивно відомою тільки тим людям, які доглядають за хворими [227].

На переконання інших авторів, обмеження кількості пацієнтів відповідно до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України

від 29 грудня 2021 р. № 1440 вступає в протиріччя зі статтею 34 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [119].

Обмеження обов'язку надання екстреної медичної допомоги хворому у разі констатації біологічної смерті людини, а також пов'язані з цим етичні проблеми, у тому числі питання, пов'язані з евтаназією, а також реалізацією права на гідну смерть. Зокрема, медичним працівникам заборонено здійснювати евтаназію – навмисне прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань.

Обмеження права на вільний вибір затверджених форм, методів і засобів діяльності, в установленому порядку також викликають певні проблеми впровадження сучасних досягнень медичної і фармацевтичної науки та практики за державними стандартами та клінічними протоколами, оскільки після імплементації поняття «новий клінічний протокол» в українське законодавство та пов'язаної з цим можливості застосовувати переклади іноземних клінічних протоколів у медичній практиці, медичні працівники стикаються з проблемами використання останніх через невідповідність медикаментозних методів і медичного обладнання [227].

Інші обмеження закріплено у спеціальному законі, так, відповідно до статті 78<sup>1</sup> Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [119] медичні та фармацевтичні фахівці піддаються законодавчим обмеженням щодо їх професійної діяльності, зокрема, медичні працівники під час здійснення ними професійної діяльності не мають права:

1) одержувати від суб'єктів господарювання, які здійснюють виробництво та/або реалізацію лікарських засобів, медичних виробів (виробів медичного призначення), допоміжних засобів реабілітації, їх представників неправомірну вигоду [119]. Відповідно до частини 1 статті 1 Закону України «Про запобігання корупції» неправомірною вигодою є грошові кошти або інше майно, переваги, пільги, послуги, нематеріальні активи, будь-які інші вигоди нематеріального чи негрошового характеру, які обіцяють, пропонують, надають або одержують без

законних на те підстав. Цей закон містить поняття подарунок – грошові кошти або інше майно, переваги, пільги, послуги, нематеріальні активи, які надають/одержують безоплатно або за ціною, нижчою мінімальної ринкової [144]. Але наведені визначення не дають чіткого розмежування понять «неправомірна вигода» і «подарунок», і лише при більш глибокому вивченні законодавства розуміємо, що основна відмінність неправомірної вигоди від дарування полягає в тому, що неправомірна вигода передбачена для вчинення певних дій на користь конкретних юридичних та/або фізичних осіб (в нашому випадку фармацевтичних компаній, їх фахівців або індивідуальних підприємців, займається фармацевтичним бізнесом), а поняття подарунок ґрунтується на договорі дарування (частіше в письмовій, а не усній формі) без умов вчинення будь-яких дій. Таким чином, доцільно дійти висновку, що медичні працівники можуть отримувати подарунки від суб'єктів фармацевтичного бізнесу, але вони не можуть співпрацювати, тобто здійснювати певні дії на користь таких суб'єктів.

Виняток становлять педагогічна або наукова діяльність, клінічна винагорода за медичний виріб або клінічні випробування медичних виробів і медичної техніки. Утім у цьому випадку, якщо мова йде про отримання винагороди, необхідно мати документально підтверджений договір про надання медичних послуг з дотриманням певних вимог.

До реалізації освітніх послуг можуть бути залучені тільки ті медичні працівники, які є педагогами (тобто перебувають у трудових відносинах з освітньою організацією і виконують обов'язки з навчання, виховання та/або організації освітніх послуг).

Що стосується освітньої діяльності, то вона повинна відповідати певній тематиці, наприклад, інформувати про лікарський засіб або медичний виріб, охоплювати і реалізовувати наукову або освітню інформацію в сфері охорони здоров'я [197]. Сюди можна віднести практичні заняття з використанням

медичних приладів або манекенів, а також лекції та презентації, інформація про медичні технології.

Слід зазначити, що фармацевтичні компанії можуть здійснювати пожертвування некомерційним організаціям, а також підтримувати незалежну освітню діяльність третіх осіб на благодійних засадах. Зокрема, підтримка конференції може здійснюватися у вигляді грантів організаторам, оплати харчування учасників, якщо це дозволяють правила, встановлені організаторами конференції. При цьому дозволяється демонструвати продукцію і послуги компаній на конференціях. Також дозволяється спонсорувати сателітні симпозиуми, представляти лекторів і матеріали для їх проведення.

2) одержувати від суб'єктів господарювання, які є виробниками чи реалізаторами лікарських засобів, медичних виробів (виробів медичного призначення), допоміжних засобів реабілітації, їх представників зразки лікарських засобів, медичних виробів (виробів медичного призначення), допоміжних засобів реабілітації для використання у професійній діяльності (крім випадків, що пов'язані з проведенням клінічних досліджень лікарських засобів або клінічних випробувань медичних виробів (виробів медичного призначення), допоміжних засобів реабілітації) [119]. Це обмеження спрямоване на прийняття лікарем рішення про використання лікарського засобу або медичного виробу в лікуванні об'єктивно. Таке рішення має бути вільним від лобізму, зав'язків з громадськістю та прямого підкупу виробниками будь-яких медичних виробів.

3) проводити рекламу лікарських засобів, медичних виробів (виробів медичного призначення), допоміжних засобів реабілітації, у тому числі виписувати лікарські засоби на бланках, що містять інформацію рекламного характеру, та зазначати виробників лікарських засобів (торговельні марки) [119].

Згідно зі статтею 1 Закону України «Про рекламу», реклама – інформація про особу чи товар, розповсюджена в будь-якій формі та в будь-який спосіб і призначена сформувати або підтримати обізнаність споживачів реклами та їх інтерес щодо таких особи чи товару. Споживачами реклами є невизначене коло

осіб, на яких спрямовується реклама [174]. На думку окремих авторів, індивідуалізована інформація, яка призначена для надання медичної допомоги, не може розглядатися як реклама [197]. Проте, згідно з національним законодавством, медичний працівник може надати пацієнтові міжнародне непатентоване найменування медичного виробу, а не його комерційне найменування. Але використання медичними працівниками у своїй професійній діяльності брендovаних сувенірів (халатів, ручок, календарів, плакатів тощо), що містять інформацію про лікарські засоби і вироби медичного призначення (наприклад, назву), має певні ризики, оскільки така інформація може бути віднесена до реклами такої продукції [8].

Таким чином, шляхом обмежень, закріплених у статті 78<sup>1</sup> Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [119], законодавець встановив правову основу професійного спілкування медичних і фармацевтичних працівників з представниками організацій, що виробляють лікарські засоби та вироби медичного призначення. Впровадження цих положень мало на меті підвищити соціальну відповідальність усіх учасників правовідносин шляхом створення перешкод для можливих зловживань, створення умов для незалежності професійної діяльності, гарантування права пацієнта на кваліфіковану медичну допомогу.

Показово, що законодавець не запровадив повної заборони на спілкування представників компаній з медичними працівниками. Допускається можливість зустрічей з представниками компаній з метою проведення клінічних випробувань, підвищення їх професійного рівня та надання інформації щодо моніторингу безпеки лікарських засобів та медичних виробів, а також фінансування освітньої та науково-дослідної діяльності медичних працівників. І це є виправданим кроком, оскільки без професійного спілкування медичної та фармацевтичної спільноти неможливий розвиток медичної науки і, відповідно, підвищення якості лікування в інтересах пацієнтів.

Отже, як бачимо, всі перелічені заходи (обмеження) спрямовані на сприяння дотриманню прав і законних інтересів як пацієнтів, так і медичних працівників та відповідно на забезпечення ефективності реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників в цілому.

Варто зауважити, що важливими організаційними та нормативними напрями є вдосконалення правової техніки законодавства, що регулює медичну діяльність, включаючи такий важливий правовий інститут, як правові обмеження. Як показує проведений нами аналіз, даний правовий інститут регулюється більш ніж десятьма нормативно-правовими актами, що створює незручності при його вивченні не тільки для медичних працівників, а й для професійних юристів. Саме тому ми глибоко переконані, що медичне законодавство має бути зрозумілим, доступним і зручним для вивчення, в першу чергу, для медичних працівників, що дозволить забезпечити оптимальну реалізацію та захист адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні.

Більше того доцільно вказати, що незважаючи на нормативне визнання прав та обов'язків медичних працівників, можемо зауважити, що правова регламентація професійної медичної діяльності у національному законодавстві потребує певних доповнень і додаткових уточнень. Варто підкреслити, що, зокрема, частина прав медичних працівників, передбачених міжнародними та національними нормативними актами, має здебільшого декларативний характер. Так, Резолюція ПАРС № 1763, прийнята у 2010 році передбачає право лікаря на заперечення з міркувань совісті при наданні легальної медичної допомоги. Утім, це право має окремі обмеження. Зокрема лікар не може відмовитися надавати медичну допомогу на підставі наведеного права без урахування наступних застережень:

- 1) право на заперечення застосовується виключно до виконання процедур, але не до моменту надання інформації;

2) лікар зобов'язаний також інформувати пацієнтів завчасно про будь-які заперечення з міркувань совісті та направляти пацієнтів до іншого виконавця медичних послуг;

3) право на заперечення не можливо застосовувати до ситуації, у якій особа потребує невідкладної допомоги [182].

Право лікаря на заперечення з міркувань совісті, у медичній практиці лікарі застосовують доволі часто у зарубіжних країнах, в Україні, натомість, право лікаря на відмову від здійснення певних медичних процедур з міркувань совісті прямо не передбачено. У цьому аспекті, на нашу думку, чинне національне законодавство потребує вдосконалення шляхом внесення змін й визначенням механізму реалізації міжнародного права лікаря на заперечення під час виконання своїх професійних обов'язків.

Професійні права і обов'язки лікарів регулюються чинним законодавством, що затверджує не лише фахові вимоги, а й етико-деонтологічні, саме тому наведене вказує на необхідність уніфікації правової регламентації прав і обов'язків лікарів, їх конкретизацію, доповнення та розширення в межах комплексного реформування нашою державою системи охорони здоров'я.

Отже, варто вказати, що недосконалість чинної нормативної бази щодо адміністративно-правового статусу медичних працівників, крім того недостатня увага та відсутність належного контролю з боку органів державної влади щодо гарантій забезпечення оптимальної реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників в нашій державі нерідко зумовлює декларативний характер цих прав. Застосування зарубіжного досвіду, імплементація міжнародних стандартів у національне законодавство забезпечить більш фахову, професійну захищеність адміністративно-правового статусу медичних працівників та підвищить якість надання медичної допомоги в цілому.

Удосконалення правової регламентації професійної діяльності медичних працівників в Україні, запозичення міжнародного досвіду, врахування практики ЄСПЛ у галузі охорони здоров'я, розроблення нових та доповнення існуючих

медичних стандартів, затвердження міжнародних протоколів надання медичної допомоги, доповнення адміністративно-правового статусу медичних працівників належним обсягом прав і обов'язків та посилення контролю МОЗ України за дотриманням механізму їх реалізації на практиці забезпечить підвищення якості надання медичної допомоги населенню [182].

Одним із напрямів перегляду нормативних підходів до забезпечення ефективності здійснення функції контролю за медичною діяльністю є можливим застосування її розуміння з точки зору інституційного підходу. Відповідно до інституційного підходу здійснення медичної діяльності, у випадках, коли домінуючим є досягнення задоволення публічного інтересу, що полягає у забезпеченні охорони громадського здоров'я [26, с. 10]. Такий підхід підтримано відповідно і до законодавства зарубіжних країн. Наприклад, в Іспанії більшість медичних працівників перебувають на державній службі, отримуючи заробітню плату, а гонорари як оплату їх послуг, що залежить від стажу роботи на посаді, тривалості медичної практики та певних умов надання медичної допомоги [201]. У Японії лікарі, що обіймають посади у державних закладах охорони здоров'я визнаються службовцями. Ті медичні працівники, що працюють у приватних медичних установах, отримують гонорари, але їх розмір регулюються державою, тобто спостерігається контроль за ціноутворенням на ринку [200].

Реалізація ідеї реформування системи здійснення медичної діяльності в Україні з врахуванням здійснення функції держави із охорони громадського здоров'я має бути втілена у перегляді підходів до розуміння адміністративно-правового статусу медичних працівників як публічних службовців, що має бути закріплено в окремому законодавчому акті «Про медичну службу України».

### **Висновки до розділу 3:**

1. Проаналізовано досвід реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників у США, Канаді, Швейцарії, Австралії та Великобританії, тобто в тих державах, де існують розвинені системи надання послуг і фінансування сфери охорони здоров'я. З'ясовано, що, правове забезпечення реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників напряду пов'язане з функціонуванням якісної та ефективної системи охорони здоров'я, де поважають право на найвищий рівень фізичного і психічного здоров'я медичних працівників, а до кожної проблеми під час реалізації цього права підходять комплексно.

Обґрунтовано, що реалізація адміністративно-правового статусу медичних працівників у цих державах безпосередньо залежить від національної політики в галузі охорони здоров'я, правового забезпечення, культури суспільства та соціальної поведінки громадян конкретної держави.

На підставі проведеного аналізу зроблено висновок, що система такої реалізації має багаторівневу структуру, до якої віднесено рівень нормативного регулювання, інституційного визначення системи, а також процедурний порядок та рівень правозастосування. Вказано, що важливим та необхідним фактором для оптимального забезпечення реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників є забезпечення реалізації індивідуального права, яке має відбуватися на нормотворчому та правозастосовному рівнях.

2. Констатовано, що незважаючи на нормативне визнання прав і обов'язків медичних працівників, правова регламентація професійної медичної діяльності у національному законодавстві потребує певних доповнень і додаткових уточнень. Акцентовано увагу на тому, що частина прав медичних працівників, передбачених міжнародними та національними нормативними актами, має здебільшого декларативний характер.

Підкреслено, що недосконалість чинної нормативної бази щодо адміністративно-правового статусу медичних працівників, крім того недостатня увага та відсутність належного контролю з боку державних органів влади стосовно гарантій у забезпеченні оптимальної реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників в нашій державі нерідко зумовлює декларативний характер цих прав.

Зроблено висновок, що застосування зарубіжного досвіду, імплементація міжнародних стандартів у національне законодавство забезпечить більш фахову, професійну захищеність адміністративно-правового статусу медичних працівників та підвищить якість надання медичної допомоги в цілому.

Удосконалення нормативно-правового регулювання адміністративно-правового статусу медичних працівників пов'язується із доцільністю внесення змін до чинного законодавства України шляхом: 1) доповнення Основ законодавства України про охорону здоров'я (Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII) частиною 1 статті 3 «Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я» наступним положенням: «медичні працівники - медичний персонал, що бере участь безперервно чи ситуативно у реалізації задач та цілей здійснення професійної діяльності у сфері охорони життя та здоров'я людини, в тому числі його порятунку в медичних закладах, формуваннях або в санітарних перевезеннях за умови підтвердження його кваліфікації та/або спеціалізації ліцензією та/або кваліфікаційним оцінюванням, критерії здійснення якого встановлені центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, із дотриманням вимог професійної (службової) етики надання медичних послуг»; 2) пункт 4 ч. 2 ст. 65 Кримінально-процесуального кодексу України (Закон України від 13 квітня 2012 року № 4651-VI) викласти у такій редакції: «медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя особи - про відомості, які становлять лікарську таємницю (медичний свідоцький імунітет).

Особа звільняється від обов'язку дотримуватися вимог збереження лікарської таємниці, якщо це створює загрозу вимогам національної безпеки, безпеки людей та громадської безпеки»; 3) доповнити статтю 1 Закону України від 5 липня 2012 року № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу» пунктом 6-1 такого змісту: «медичний порятунок - діяльність, що має надаватися не лише за місцем знаходження, проживання (перебування) пацієнта; в амбулаторних умовах; в умовах денного стаціонару; у стаціонарних умовах, але і в інших умовах, що створюють загрозу безпеці здоров'я особи, зокрема, в умовах воєнного стану на території ведення бою, суміжних територіях тощо»; 4) доповнити частину 1 статті 3 Закону України від 14 жовтня 2014 року № 1700-VII «Про запобігання корупції» пунктом «л» такого змісту: л) медичні працівники, та інші особи, уповноважені на надання екстреної медичної допомоги та медичного порятунку, - що має стати базисом для формування у майбутньому Концепції реформування медичної служби.

## ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичне узагальнення та обґрунтовано вирішення проблеми, що полягає в комплексному дослідженні адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні в умовах реформування організаційно-нормативного механізму системи охорони здоров'я. За результатами проведеного дослідження сформульовано низку висновків, пропозицій і рекомендацій, а саме:

1. Обґрунтовано визначення поняття «медичний працівник» як медичного персоналу, що бере участь безперервно чи ситуативно у реалізації задач та цілей здійснення професійної діяльності у сфері охорони життя та здоров'я людини, в тому числі його порятунку в медичних закладах, формуваннях або в санітарних перевезеннях за умови підтвердження його кваліфікації та/або спеціалізації ліцензією та/або кваліфікаційним оцінюванням, критерії здійснення якого встановлені центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, із дотриманням вимог професійної (службової) етики надання медичних послуг.

2. Виділено основні історичні етапи формування та становлення правового статусу медичного працівника: 1) давній період (IX ст. – XV ст.), коли відбувається зародження нормативного регулювання здійснення медичної діяльності («Ізборник Святослава» 1073 року «Києво-Печерський патерик» 1462 року); 2) період історії середньовіччя та нового часу (XV ст. – 1919 р.), впродовж якого з'являються ознаки державного урядування здійснення медичної діяльності та встановлення прав та обов'язків лікарів; 3) 1919 р. – 1969 рр. – період утворення СРСР та перші нормативні спроби щодо упорядкування медичної діяльності та встановлення правового статусу медичних працівників, в тому числі надати певні соціальні та матеріальні гарантії («Правила, що регулюють професійну роботу медперсоналу», затверджені Постановою РНК УСРР 17 квітня 1924 р., постанова РНК УСРР «Про поліпшення становища робітників лікарсько-санітарної справи» від 10 червня 1920 р); 4) 1969-1991 рр.,

Україна в радянський період – спроби подальшої кодифікації радянського права (Основи законодавства Союзу РСР і союзних республік про охорону здоров'я (1969 р.), Закон Української РСР «Про охорону здоров'я» (1971 р.)); 5) 1991 р. – 2017 рр. – період формування національного законодавства у сфері охорони здоров'я та встановлення змісту та керівних засад здійснення адміністративно-правового статусу медичних працівників (Основи законодавства України про охорону здоров'я, «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про психіатричну допомогу», «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо врегулювання питання надання пацієнтам лікарських засобів зі співчуття»); 6) 2017 – 2020 рр. – пов'язується із проголошенням та активізацією процесів запровадження медичної реформи в Україні, що має реалізовуватися на засадах загальнообов'язкового медичного страхування, створення умов доступності надання публічних електронних послуг у сфері охорони здоров'я населення. В цей період було розроблено такі нормативно-правові акти, як Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [138], Закон України від 20 грудня 2019 року № 421-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» [134] та ін.; 7) 2020 р. – 2022 р. – період запровадження карантинних обмежень та світової пандемії, що висунуло перед Україною та суспільством проблематику здійснення та надання медичних послуг за допомогою засобів дистанційного інформаційного забезпечення (в нормативному змісті це відобразилось у прийнятті Закону України «Про телемедицину» та ін.); 8) 2022 р. – по теперішній час, що визначає специфіку адміністративно-правового статусу медичного працівника в умовах воєнного стану. Розвиток законодавства у сфері охорони здоров'я у цей період характеризується необхідністю оперативного вирішення стратегічних задач із забезпечення охорони життя та здоров'я населення України в цілому,

військовослужбовців, осіб, постраждалих в наслідок російсько-української війни

зокрема.

Здійснення дослідження історико-правового розвитку законодавства із регламентації статусу медичних працівників в Україні характеризується наявністю ситуативного каузального підходу до нормативного закріплення прав

та обов'язків таких суб'єктів.

3. У системі принципів здійснення професійної медичної діяльності структурно відображено: а) людиноцентричні принципи: гуманістичної спрямованості медичної діяльності; принципи забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, релігійними або індивідуальними інтересами; принципи соціального захисту та забезпечення населення; принципи демократизм та загальнодоступності медичної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я; принципи справедливості; принципи соціальної відповідальності держави та суб'єкта господарювання за організацію надання медичних послуг на належному професійному рівні; принципи самовідданості медичній професії; б) соціально-правові принципи: принципи служіння людству; принципи відповідності завдань здійснення медичної діяльності рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства; принципи орієнтації на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги; принципи орієнтованості на покращення громадського здоров'я; принципи організації надання гарантованого доступного пакету послуг; принципи дотримання національних стандартів якості та професіоналізму; принципи взаємоповаги пацієнтів та медичних працівників; принципи співвідношення ціни і якості та найбільш ефективного, справедливого і стійкого використання обмежених ресурсів; принципи підзвітності територіальним промадам та пацієнтам, що передбачає надання доступу до публічної інформації у сфері охорони здоров'я; принципи наукової

обґрунтованості та документування здійснення медичної діяльності; принцип прогнозування стану громадського здоров'я; принцип професійної компетентності; г) етико-правові принципи: принцип пріоритету інтересів пацієнтів; принцип конфіденційності медичної діяльності; принцип чесності; принцип надання допомоги всім, хто її потребує, незалежно від расової, політичної і релігійної приналежності; принцип солідарності усіх лікарів у повазі гідності людей, їх боротьби за мир; принцип збереження лікарської таємниці; принцип участі в охороні життя людей від тих чи інших ексцесів, що загрожують їм; принцип недопущення експериментів над людьми; принцип утримання від вчинків, які можуть принизити гідність професії лікаря.

4. Обґрунтовано, що тенденціями нормативного закріплення адміністративно-правового статусу медичних працівників є: сприяння створенню професійних медичних організацій та об'єднань, уповноважених на здійснення незалежного комплексного дослідження відповідності здійсненої медичної діяльності стандартам надання медичних послуг; впровадження фінансування системи первинної медичної допомоги на основі відповідності кількісних показників закріплених за сімейними лікарями пацієнтів та якості надання медичних послуг; захист персональних даних (зокрема, шляхом створення онлайн-сервісу «eHealth»); унормування та законодавче закріплення методик розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування; забезпечення безперервності надання медичної допомоги в умовах воєнного стану.

5. Запропоновано авторський підхід до розуміння категорії адміністративної правосуб'єктності медичного працівника як його права здатність мати професійних прав (адміністративна правоздатність), набувати та виконувати професійні обов'язки (адміністративна дієздатність), нести відповідальність за порушення норм чинного законодавства відповідно до закріплених професійних стандартів та людиноцентричних, соціально-правових, організаційно-правових, етико-правових принципів здійснення медичної діяльності (адміністративна деліктоздатність).

6. Права медичних працівників класифіковано за такими критеріями, як: 1) функціональний зміст (трудові; службові; духовно-культурні; соціально-економічні; інформаційно-процесуальні); 2) нормативно-правові підстави набуття прав та виконання обов'язків (права медичних працівників, що встановлюються трудовим законодавством; права медичних працівників, що встановлюються службовим законодавством; права медичних працівників, що встановлюються цивільним законодавством; права медичних працівників, що встановлюються конституційним законодавством); 3) умови набуття та реалізації (правосуб'єктність медичних працівників, що здійснюється в умовах звичайних адміністративних правових режимів; правосуб'єктність медичних працівників, що здійснюється в умовах спеціальних адміністративних правових режимів).

7. Визначено, система обов'язків медичних працівників за обсягом здійснення медичної практики класифікується на: *загальні професійні обов'язки* (сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну, лікарську і реабілітаційну допомогу та ін.); *спеціальні професійні обов'язки* (здійснювати належне медичне обслуговування, спрямоване на попередження захворювання; сприяти ефективному та доступному для усіх громадян медичному обслуговуванню без дискримінації за ознаками наявності фінансових ресурсів, місця проживання, виду захворювання або часу звернення за допомогою; надавати пацієнту повну і достовірну інформацію про стан його здоров'я та ознайомлювати з відповідними медичними документами, що стосуються здоров'я; громадського статусу (в тому числі наданні медичного порятунку військовополоненим) та ін.).

8. В ході дослідження особливостей реалізації адміністративно-правового статусу медичного працівника зосереджено увагу на встановленні специфіки умов воєнного стану як критерію для розширення обсягу його прав (заборона покарання та утисків за надання медичної допомоги; у разі арешту медичного

працівника він повинен бути звільнений і репатрійований без затримки), так і застосування обмежень до їх здійснення (зокрема, у частині застосування положень про свободу переміщення, права на свободу праці, права на страйк тощо).

9. Встановлено, що виконання обов'язків медичними працівниками в умовах воєнного стану має відповідати таким критеріям правомірності здійснення медичної діяльності, як: гуманне поводження з жертвами війни; надання пораненим, хворим, військовополоненим, особам, потерпілим від аварії корабля, медичної допомоги; неухильне дотримання принципів медичної етики, тобто своїх лікарських обов'язків; не використовувати медичні знання проти законів людяності, навіть при загрозі життя; не допускати жодних проявів релігійної, національної, расової, політичної чи соціальної дискримінації при виконанні свого обов'язку; недопустимість проведення зайвих медичних процедур, що не є необхідними за станом здоров'я, а також протоколам проведення медичних, наукових чи інших дослідів/експериментів; належне здійснення медичного сортування постраждалих при масових випадках травмування з метою забезпечення належного рівня медичного порятунку життя та здоров'я людини.

10. На підставі аналізу актів законодавства Сполучених Штатах Америки, Канаді, Швейцарії, Австралії та Великобританії визначено особливості нормативного закріплення та практичної реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників. Встановлено, що здійснення медичної діяльності у досліджуваній групі зарубіжних країни вимагає імперативного ліцензування, що впроваджується незалежними суб'єктами публічного адміністрування, до повноважень яких віднесено: розгляд і розслідування скарг та/або звітів, отриманих від пацієнтів, ліцензійних органів інших штатів, спеціалістів у сфері охорони здоров'я, державних органів та недержавних організацій щодо можливої некомпетентності або непрофесійності медичного працівника; проведення слухання за умови дотримання права кожного медичного працівника

на належний та справедливий розгляд його справи; застосування заходів реагування на прояви неправомірності діяльності медичного працівника, включаючи можливість зупинення ліцензії, застосування «випробувального строку» або обмеження ліцензії, відкликання ліцензії, оголошення публічної догани або накладення обов'язку сплатити штрафи.

Визначено ефективність практики створення у США загальнонаціонального реєстру медичних працівників, де має міститися інформація не лише про спеціалізацію особи, але і про застосовані до неї дисциплінарні санкції.

11. Обґрунтовано, що оптимізація реалізації адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні вимагає впровадження таких організаційно-правових заходів, як: створення загальнонаціонального реєстру медичних працівників, де має бути зосереджена інформація про професійний розвиток особи, її спеціалізацію, досвід практичної роботи, а також вживані до неї заходи юридичної відповідальності у сфері охорони здоров'я; створення інформаційного онлайн-сервісу, що дозволяє отримати доступ до інформації про стан здоров'я пацієнту чи його уповноваженому представнику на засадах безпеки, захисту обігу персональних даних, доступності, простоти інформації про сертифіковані в Україні лікарські засоби; впровадження моделі допомоги з цифровою підтримкою, що сприяють покращенню доступності, якості, безпеки та ефективності охорони здоров'я (розробка нових цифрових послуг для підтримки здоров'я немовлят та дітей, вдосконалення цифрових послуг для попереднього планування догляду, вдосконалення обміну інформацією в умовах невідкладної допомоги, розширення доступу до телемедичних послуг, особливо у сільській та гірській місцевості); створення спеціально уповноваженого незалежного органу публічного адміністрування із ліцензування медичної діяльності; створення системи належного контролю з боку державних органів влади стосовно гарантій у забезпеченні оптимальної реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників.

Визначено, що нормативними напрямками забезпечення ефективності реалізації та захисту адміністративно-правового статусу медичних працівників в Україні, має бути: законодавче закріплення права лікаря на заперечення з міркувань совісті при виконанні ним покладених професійних обов'язків; уніфікація етико-правових засад здійснення медичної діяльності; розробка та прийняття спеціального Закону України «Про медичну службу», де виокремити регулювання здійснення обов'язків із медичного порятунку населення в звичайних та надзвичайних умовах, в тому числі в умовах воєнного часу.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:**

1. Авер'янов В. Предмет адміністративного права: нова доктринальна оцінка. *Право України*. 2004. №10. С. 28.
2. Адміністративне право України : підручник Ю.П. Битяк, В.М. Гаращук, О.В. Дьяченко [та ін. ]; за ред. Ю.П. Битяка. Київ : Юрінком Інтер, 2006. 635 с.
3. Адміністративне право України. Академічний курс : підруч. : у 2 т. голова редкол.: В. Б. Авер'янов. К. : Видавництво «Юридична думка», 2004. Т. 1. Загальна частина. 584 с.
4. Адміністративне право України. Академічний курс. Редкол.: В.Б. Авер'янов (голова) [та ін. ]; К. : Юридична думка, 2007. Т. 1 : Загальна частина. 592 с.
5. Адміністративне право України. Повний курс: підручник В. В. Галуцько, П. В. Діхтієвський, О. В. Кузьменко, С. Г. Стеценко [та ін. ]; Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2018. 446 с.
6. Адміністративне право України: підруч. За заг. ред. д.ю.н., проф. Коломоець Т. О. К. : Істина, 2008. 216 с.
7. Аникин И.А. Монастырская больница Древней Руси. *Советское здравоохранение*. № 11. С. 58-61.
8. Бачинська І. С. Детермінанти корупції в Україні, або чому державні службовці залучені до корупційного процесу. *Ефективність державного управління*. 2012. Вип. 32. С. 377–382.
9. Безпрозванна В.М. Право на медичну діяльність та правовий статус медичних організацій (до проблеми державного регулювання прав медичних працівників). *Економіка та держава*. 2010. № 10. С. 116–117
10. Берн І., Езер Т., Коен Дж., Оверал Дж., Сенюта І. Права людини у сфері охорони здоров'я: практичний посібник. За наук.ред. І. Сенюти. Львів : Вид-во ЛОБФ «Медичне право», 2012. 552 с.

11. Битяк Ю. П., Гаращук В. М., Дьяченко О. В. Адміністративне право України: підручник. За ред. Ю. П. Битяка. Київ: Юрінком Інтер, 2007. 544 с.
12. Бородін І. Л. Адміністративно-правові способи захисту прав та свобод людини і громадянина : дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.07. Харків, 2003. 407 с.
13. Бояринцева М. А. Адміністративно-правовий статус громадянина України : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07. Київ, 2005. 213 с.
14. Бояринцева М. Я. Адміністративно-правовий статус громадянина України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2015. 21 с.
15. Брокер Ларс. Від «Особливих владних повноважень» до всеохоплюючого правового захисту службовців в адміністративних судах на підставі норм основного Закону: конституційно-правові засади інституту чиновництва за німецьким правом: матер. І Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 5–6 лип. 2018 р.). К.: ВД «Дакор», 2018. С. 51–61.
16. Валюшко І. В. Соціальні чинники протидії корупції в Україні. *Стратегічні пріоритети*. 2013. № 2. С. 69–73.
17. Вдовиченко Є. В. Сутність корупції, її принципи і властивості (філософський контекст). *Актуальні проблеми філософії та соціології*. 2016. Вип. 9. С. 15–19.
18. Вороненко Ю. В., Радиш Я. Ф. Історія виникнення, становлення та розвитку правового регулювання медичної діяльності на теренах України. *Український медичний часопис*. 2007. №1 (57). С. 45-49.
19. Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» (прийнята 18-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асамблеєю, Гельсінкі, Фінляндія) від 01.10.2008. URL: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990\\_005](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005)
20. Генеральна медична рада Великої Британії. URL: [https://www.gmc-uk.org/about/devolved\\_offices.asp](https://www.gmc-uk.org/about/devolved_offices.asp)

- 21.Гетьманець О. Вони рятували життя, а Росія їх вбила. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2022/06/19/249167/>
- 22.Гладун З. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): моногр. Т. : Економічна думка, 2005. 460 с
- 23.Голосніченко І. П. Адміністративне право України : посіб. І. П. Голосніченко. К. ; Ірпінь, 1998. 52 с.
- 24.Голяченко О., Ганіткевич Я. Історія медицини. Тернопіль, ЛІЛЕЯ, 2004, 248 с.
- 25.Гомон Д.О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: теорія і практика. URL: <http://dspace.oduvs.edu.ua/bitstream/123456789/1481/1/Монографія%20Гомон%20Д.О..pdf>
- 26.Гончарук О.В. Дихотомія права: право публічне та право приватне: Автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.01. К., 2006. 20 с.
- 27.Горбач М. І. Класифікація елементів адміністративно-правового статусу суб'єктів адміністративного права. *Вісник Пенітенціарної Асоціації України*. 2017. URL: [file:///Users/a1111/Downloads/bpau\\_2017\\_2\\_7.pdf](file:///Users/a1111/Downloads/bpau_2017_2_7.pdf).
- 28.Горбач М.І. Класифікація елементів адміністративно-правового статусу суб'єктів адміністративного права. *Науковий вісник публічного та приватного права*. Випуск 2. ч. 2. 2016
- 29.Гриценко І., Мельник Р., Пухтецька А. та ін. Загальне адміністративне право: підручник. Київ: Юрінком Інтер, 2015. С. 568.
- 30.Гумін О., Пряхін Є. Адміністративно-правовий статус особи: поняття та структура. Львів: *Наше право*. №5. 2014. С. 35-37.
- 31.Дванадцять принципів надання медичної допомоги в будь-якій національній системі охорони здоров'я. URL: [http://healthy-society.com.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=356:2011-07-15-11-54-10&catid=35:2011-04-19-08-30-36&Itemid=57](http://healthy-society.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=356:2011-07-15-11-54-10&catid=35:2011-04-19-08-30-36&Itemid=57).

32. Декларація стосовно незалежності та професійної свободи лікаря, прийнята 30 жовтня 1986 р. Всесвітня медична асоціація. Ранчо Міраж, Каліфорнія, США. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_326](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_326).
33. Декларація стосовно трансплантації людських органів (прийнята 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Мадрид, Іспанія) від 30.10.1987. URL: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_330](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_330)
34. Деякі аспекти правового регулювання праці медичних працівників : навчальний посібник. О. І. Кисельова. Суми : Сумський державний університет, 2021. 305 с.
35. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів : наказ МОЗ України від 22 лютого 2019 р. № 446. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/RE33264.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE33264.html).
36. Довбиш В.А. Правовий статус вітчизняних поліцейських: необхідність вдосконалення : матеріали XLV наук.-техн. конф. підрозділів Вінницького національного технічного університету (НТКП ВНТУ–2016). Електронне мережне наукове видання: збірник доповідей. Вінниця : ВНТУ, 2016. URL: <https://conferences.vntu.edu.ua>
37. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: наказом МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117.
38. Дорохіна Ю.А. Корупція в Україні: наявні результати та шляхи подальшої протидії *Eurasian Academic Research Journal Eurasian*. 2018. № 1. S. 17–30.
39. Етичний кодекс лікаря України, прийнятий і підписаний на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X З'їзді Всеукраїнського лікарського товариства від 27.09.2009 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>
40. Європейська соціальна хартія (переглянута): Рада Європи. Міжнародний документ від 3 травня 1996. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_062#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text)

41. Женеvська декларація : міжнародний документ від 1 вересня 1948 р. Всесвітня медична асоціація. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990\\_001/print](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_001/print).
42. За конституційним зверненням громадянки Дзюби Галини Павлівни щодо офіційного тлумачення частини другої статті 55 Конституції України та статті 248-2 Цивільного процесуального кодексу України (справа громадянки Дзюби Г. П. щодо права на оскарження в суді неправомірних дій посадової особи) від 25.11.1997 р. № 6-зп. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v006p710-97#Text>
43. Завальнюк А.Х., Кривда Г.В., Юхимець І.О. *Етично-правові аспекти лікарської діяльності в Україні: монографія*. Одеса : Астропринт, 2008. 192 с.
44. Загальна декларація прав людини. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_015#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text)
45. Загальна теорія права: Підручник. За заг. ред. М.І. Козюбри. К.: Ваіте, 2015. 392 с.
46. Задорожний С. А. Злочини, пов'язані з корупційними діяннями в системі державної влади та управління. *Запобігання та протидія корупції*: навч. посіб. за ред. проф. А. М. Михненка. 2-ге видання, доповнене і перероблене. К.: НАДУ, 2011. С.160–170.
47. Зайчук О., Оніщенко Н. Теорія держави і права. Академічний курс. Підручник. Київ: Юрінком Інтер. 2006. 320 с.
48. Запобігання корупції: методичні рекомендації для місцевих активістів: Д. О. Калмиков, Д. В. Сінченко, О. О. Сорока, М. І. Хавронюк, Г. Л. Шведова; за заг. ред. М. І. Хавронюка. К.: ФОП Москаленко О. М., 2017. 242 с.
49. Затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 № 1075. *Офіційний вісник України*. 2018. № 4. С. 158. Ст. 180. Код акта 88682/2018.

- 50.Збірник узаконень та розпоряджень Робітничо-Селянського Уряду України. 1919. № 21. С. 313.
- 51.Збірник узаконень та розпоряджень Робітничо-Селянського Уряду України. 1920. № 1. С. 18–19.
- 52.Звернення професійної медичної спільноти до Президента України. Укрінформ. 25.04.2019. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-presshall/2688243-ukrainska-medicna-ekspertna-spilnota-zvernenna-do-novoobranogo-prezidenta-ukraini.html>.
- 53.Калинюк Н. Свідоцький імунітет лікаря як принцип дотримання прав людини. *Медична академія*. 23 березня 2021. URL: <https://medychna-akademia.tdmu.edu.ua/свідоцький-імунітет-лікаря-як-принци/#:~:text=Свідоцький%20імунітет%20або%20ж%20імунітет,або%20одавати%20про%20них%20показання> .
- 54.Каролина. Уголовно-судебное уложение Карла V. Пер. С. Я. Булатова. Алма-Ата. 1967. URL: <http://yakov.works/acts/16/1/1532karolina.htm>
- 55.КЕСКП. Загальний коментар № 9 (Е/С.12/1998/24, CESCR). 3 грудня 1998 р.
- 56.Ківалов С.В., Біла Л.Р. Адміністративне право України : навч.-метод. посібник. 4-е вид., перероб. і доп. Одеса : Фенікс, 2008. 388 с.
- 57.Кієво-Печерській Патерікъ или сказанія о житіи и подвигахъ Святіхъ Угодниковъ Кієво-Печерской Лаврі. Репринт. воспр. издѣ 1903 г. К.: Либідь, 1991. 256 с.
- 58.Кінаш М. М. Корупція як соціальне негативне явище. *Форум права*. 2012. № 4. С. 458–463.
- 59.Клок О.В. Протидія корупційним правопорушенням засобами адміністративного права: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Х., 2015. 214 с.
- 60.Книш С.В. Загальна характеристика системи принципів адміністративно-правового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Порівняльно-аналітичне право*. 2018. № 6. С. 237–240.

- 61.Книш С.В. Міжнародні засади в системі принципів адміністративноправового забезпечення відносин у сфері охорони здоров'я: загальна характеристика. *Сучасні проблеми правового, економічного та соціального розвитку держави: тези доп. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Харків, 30 листопада 2018 р.)*. Харків: ХНУВС, 2018. С. 54–56.
- 62.Князевич Н.В. Institute of Medical Negligence: the difference between criminal and civil liability. *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання розвитку юридичної науки та практики» (21 травня 2021)*. Київ. 2021. Том II. С. 338-33.
- 63.Князевич Н.В. Адміністративна правосуб'єктність медичного працівника. *Law. State. Technology*. 2022. №1. С. 83-87. URL: <https://doi.org/10.32782/LST/2022-1-12>
- 64.Князевич Н.В. Запровадження професійного самоврядування медичних працівників: виклики, переваги і можливі шляхи. *Науково-практичний журнал «Екологічне право»*. 2022. Випуск 1-2. С. 30-33. URL: <http://www.ecolaw.idpnan.kyiv.ua/archive/2022/1-2/5.pdf>
- 65.Князевич Н.В. Історико-правовий аналіз розвитку правового статусу медичного працівника. *Науково-практичний журнал «Медичне право»*. 2021. №2(28). С. 9-17. URL: <https://doi.org/10.25040/medicallaw2021.02.009>
- 66.Князевич Н.В. Обов'язок надання медичної допомоги: службово-правовий аспект. *Legal education and science in the context of European integration: матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (5 жовтня 2022 р.)*. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2022. С. 80-83
- 67.Князевич Н.В. Окремі підходи до класифікації прав та обов'язків медичного працівника. *Knowledge. Education. Law. Management*. 2022. №5. С. 165-171.
- 68.Князевич Н.В. Проблеми реалізації прав медичних працівників в умовах воєнного стану. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2022. №7. С. 567-571. URL: [http://www.lsej.org.ua/7\\_2022/137.pdf](http://www.lsej.org.ua/7_2022/137.pdf)

- 69.Князевич Н.В. Характеристика окремих обов'язків медичних працівників під час воєнного стану. *Knowledge. Education. Law. Management*. 2022. №3. С. 256-263.
- 70.Кодекс адміністративного судочинства: Закон України від 6 липня 2005 року № 2747-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2005. № 35–36, № 37. Ст. 446.
- 71.Кодекс законів про працю України : Закон № 322-VIII від 10.12.1971. Відомості Верховної Ради. додаток до № 50. ст. 375. зі змінами. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text>
- 72.Кодекс України про адміністративні правопорушення: Закон УРСР від 7 грудня 1984 року № 8073-X. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10#Text>
- 73.Кожемякіна Т. В., Матукова-Ярига Д. Г., Кожемякін М. О. Медична реформа як чинник інноваційного розвитку. *Конкурентоспроможна модель інноваційного розвитку економіки України: матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Кропивницький, 14 квітня 2020 року). Кропивницький, 2020. С. 84-87.
- 74.Колодій А.М., Олійник А.Ю. Права людини і громадянина в Україні: Навчальний посібник. К.: Юрінком Інтер, 2003. 208 с.
- 75.Коломоець Т. О. Адміністративне право України: підручник. Київ: Істина, 2008. 457 с.
- 76.Конвенція МОП про свободу асоціації та захист права на організацію № 87. 1948 р. Перелік ратифікованих документів. МОП. URL: [www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/ratifce.pl](http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/ratifce.pl).
- 77.Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок ООН від 18.12.1979 URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_207#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207#Text)
- 78.Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину, прийнята 4 квітня 1997 року. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_334#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text)

79. Конвенція про права дитини ООН від 20 листопада 1989 року. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_021](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021)
80. Конвенція про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) ООН від 13 грудня 2006 року URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text)
81. Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання. URL: [http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995\\_085](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_085)
82. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. ст. 141.
83. Костюкевич С.Ф. Реалізація та захист адміністративно-правового статусу приватної особи у публічній сфері: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Дніпро, 2022. 203 с.
84. Кримінальний кодекс України: Закон України від 5 квітня 2001 року № 2341-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>
85. Кримінально-процесуальний кодекс України: Закон України від 13 квітня 2012 року № 4651-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17#Text>
86. Курило В. І. Адміністративні правовідносини у сільському господарстві України: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.07. Київ. 2008. 39 с.
87. Лахижа М. І. Європеїзація публічної адміністрації посткомуністичних країн як неодмінна складова європейської інтеграції. *Актуальні проблеми європейської інтеграції та євроатлантичного співробітництва України: матеріали 13-ї регіональної наук-практ. конф. (м. Дніпропетровськ, 9 травня 2016 р.)*; за заг. ред. Л. Л. Прокопенув. Д.: ДРІДУ НАДУ, 2016. 264 с.
88. Легеза Ю.О., Коломоець Т.О. Медичний працівник як публічний службовець: досвід України та зарубіжних країн. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. №1. С. 120-125.

89. Лєгеца Ю.О., Пушкіна О.В. Міжнародні та національні стандарти правового регулювання реалізації та захисту права на охорону здоров'я. *Правові новели*. 2022. № 18. С. 147-152.
90. Литвин Н.А., Мацелюх І.А., Артеменко О.В. Сучасний стан нормативно-правового забезпечення прав медичних працівників в Україні. *Науковий вісник УжНУ. Серія "Право"*. Випуск 76 (2). 2023. С. 230-235. URL: <https://visnyk-juris-uzhnu.com/wp-content/uploads/2023/06/38.pdf>
91. Литвин О.В. Адміністративно-правове регулювання статусу державного службовця в Україні.: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Ірпінь, 2009. 212 с.
92. Логвиненко Б. О. До питання про відповідність медичної реформи в Україні дванадцяти принципам організації охорони здоров'я. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. № 4 (29). С. 120-123. URL: <http://pyuv.onua.edu.ua/index.php/pyuv/article/view/447/551>.
93. Лук'янець Д. Проблеми використання інституту адміністративної відповідальності в системі заходів запобігання та протидії корупції. *Правовий вісник Укра-їнської академії банківської справи*. 2011. No 1 (4). URL: [https://essuir.sumdu.edu. ua/bitstream-download/123456789/57175/7/Lukianets\\_corruption1.pdf](https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/57175/7/Lukianets_corruption1.pdf)
94. Луценко М. М., Щербина Л. І. Корупція в Україні: сучасний стан і проблеми протидії. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Юриспруденція*. 2015. Вип. 15 (2). С. 142–145.
95. Магрламова К. Г. Нормативно-правова база професійної підготовки майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах Великої Британії URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/750638.pdf>
96. Мадридська декларація щодо професійної автономії і самоврядування (прийнята 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю, Мадрид, Іспанія) від 01.10.1987. URL: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990\\_025](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_025)
97. Макаренко А. В. Адміністративне право. Загальна частина: навч.-метод. посіб. для самостійного вивчення дисципліни. К.: КНЕУ. 2008. 264 с.

98. Малько А.В., Матузов Н.И. Теория государства и права : учебник. Москва : Юристъ, 1996. 397 с.
99. Маркова О.О. Захист суб'єктивних прав і законних інтересів при застосуванні форм договірної регулювання відносин. Форум права. 2013. № 3. С. 340–346. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP\\_index.htm\\_2013\\_3\\_57](http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2013_3_57).
100. Мацелик Т. О. Адміністративна правосуб'єктність як онтологічна здатність особи бути суб'єктом адміністративного права. *Науковий вісник Чернівецького університету*. 2011. Вип. 597. Правознавство. С. 90–94.
101. Медичне право : підручник. За заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. С.Б. Булеци; д-ра юрид. наук, доц. М.В. Менджул. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2021. 720 с.
102. Мельник Р. С., Бевзенко В. М. Загальне адміністративне право: навч. посіб. За ред Р. С. Мельника. Київ: Ваіте, 2014. 376 с.
103. Мельникова Л.С. Законодательство об охране здоровья граждан в здравоохранении: итоги, перспективы совершенствования. *Здравоохранение*. 2000. № 4. С. 45-51.
104. Мельничук М. Правовий статус медперсоналу в УСРР у 20-ті рр. ХХ ст. Одинадцяті юридичні читання. *Форма сучасної національної української держави : реалії та перспективи* : матеріали Міжнар. наук. конференції, 21-22 травня 2015 р., м. Київ. К. : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2015. С. 89–92. URL: <http://socrates.vsau.org/repository/getfile/10268.pdf>.
105. Мир призвали обратить внимание на насилие против медиков Майдана: пострадало около 100 врачей, на 2 завели уголовные дела URL: [http://censor.net.ua/video\\_news/270073/mir\\_prizvali\\_obratit\\_vnimanie\\_na\\_nasilie\\_protiv\\_medikov\\_mayidana\\_postradalo\\_okolo\\_100\\_vracheyi\\_na\\_2](http://censor.net.ua/video_news/270073/mir_prizvali_obratit_vnimanie_na_nasilie_protiv_medikov_mayidana_postradalo_okolo_100_vracheyi_na_2)
106. Мирский М.Б. Медицина и хирургия Древней Руси. Proceedings of the First International Conference «Traditional Medicine and Materia Medica in Medieval Manuscripts» (Baku, 12–14 June, 2006).

107. Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації ООН від 21 грудня 1965 року. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_105](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_105)
108. Міжнародний кодекс медичної етики (Прийнято 3-й Генеральною асамблеєю ВМА, Лондон, Англія, жовтень 1949 р.) від 01.10.1983. URL: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990\\_002](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_002)
109. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права: прийнято 16 грудня 1966 року Генеральною Асамблеєю ООН. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_043#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_043#Text)
110. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права ООН від 16.12.1966. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_042](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042)
111. Міністерство охорони здоров'я України. Готовність областей, які можуть перейти на 2 етап виходу з карантину. URL: <https://moz.gov.ua/article/newsletter/gotovnist-oblastej-jaki-mozhut-perejti-na-2-etapvihodu-z-karantiru>
112. МОП. Свобода об'єднань: збірник рішень і принципів Комітету зі свободи об'єднань. 2005 р.
113. Муляр Г.В. Адміністративно-правове забезпечення реалізації права на охорону здоров'я URL: [https://dspace.nau.edu.ua/bitstream/NAU/49801/2/Диссертація\\_Муляр%20Г.В..pdf](https://dspace.nau.edu.ua/bitstream/NAU/49801/2/Диссертація_Муляр%20Г.В..pdf)
114. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. 41 с. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>
115. Нисневич Ю.А. Коррупция: инструментальная концептуализация. *Социологические исследования*. 2016. № 5. С. 61–68.
116. Нисневич Ю.А. Проблема концептуализации феномена коррупции. *Евразийский Союз: Вопросы международных отношений*. 2016. Вып. 1 (15). С. 106–119.

117. Новіков Д.О. Правове регулювання праці осіб у сфері медичної діяльності за часів Київської Русі. *Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. «Право»*. 2012. Вип. 19. С. 57-73.
118. Омельченко С. Корупція з точки зору різних культур світу. *Підприємство, господарство і право*. 2000. № 3. С. 54–57.
119. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ. Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4. Ст. 19. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
120. Панчишин А. Поняття, ознаки та структура категорії «правовий статус». *Часопис Київського університету права*. 2010. С. 95-98.
121. Пашковський В.В., Волкова Ю.А. Нормативно-правове регулювання запобігання корупції у сфері охорони здоров'я. *Law. State. Technology*. 2022. №2. С. 20-25. URL: <https://doi.org/10.32782/LST/2022-2-3>
122. Підручник лікарської етики URL: [https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Medical\\_Ethics\\_Manual\\_Ukrainian.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Medical_Ethics_Manual_Ukrainian.pdf)
123. Пірен М., Ребкало В. Запобігання корупції в системі політико-владних відносин сучасного українського суспільства. *Вісн. Нац. акад. держ. управління при Президентові України*. 2011/2. №4. С. 191–200.
124. Порядок розслідування та обліку нещасних випадків невиробничого характеру : Постанова Кабінету Міністрів України від 22 березня 2001 р. № 270. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/270-2001-%D0%BF#Text>
125. Посадовий оклад медичного працівника: як формується. Медична справа. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/1803-posadoviy-oklad-lkarya-yak-formutsya>
126. Права людини у сфері охорони здоров'я: практичний посібник. За наук. ред. І. Сенюти. Львів : Вид-во ЛОБФ «Медицина і право». 2012. 552 с.

127. Права, обов'язки та гарантії для медичних працівників Група компаній «МЕДІА-ПРО». 2021. URL: <https://oppb.com.ua/news/prava-obovyazky-ta-garantiyi-dlya-medychnyh-pracivnykiv>.
128. Правоторова О. М. Поняття та зміст адміністративно-правової охорони. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2019. № 4. С. 154–158.
129. Приклад від МОЗ: Як реалізована лікарська ліцензія в США та орієнтири для українських лікарів. URL: <https://medprosvita.com.ua/priklad-vid-moz-yak-realizovana-likarska-litsenziya-v-ssha/>
130. Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові: Закон України від 30 вересня 2020 року № 931-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-20#n249>
131. Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз: Закон України від 5 липня 2001 року № 2586-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#Text>
132. Про військовий обов'язок і військову службу: Закон України від 25 березня 1992 р. №2232-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2232-12#>
133. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо врегулювання питання надання пацієнтам лікарських засобів зі співчуття: Закон України від 15 лютого 2022 року № 2054-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2054-20#Text>
134. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я: Закон України 20 грудня 2019 року № 421-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20#Text>
135. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану: Закон України від 29 липня 2022 року № 2494-IX. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2494-20#Text>

136. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 1 липня 2022 року № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>
137. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751: Наказ МОЗ України від 29.12.2016 № 1422. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text>
138. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 5. С. 5. Ст. 31. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
139. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 5 липня 2012 року № 5081-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>
140. Про забезпечення санітарного й епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24 лютого 1994 року № 4004-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>
141. Про залучення лікарів-інтернів та деяких інших осіб до виконання заходів, пов'язаних із наданням медичної допомоги особам, які постраждали під час надзвичайної ситуації, яка виникла в період воєнного стану в Україні: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.02.2022 року №385. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/7/36097-dn\\_385\\_27022022.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/7/36097-dn_385_27022022.pdf)
142. Про залучення медичних працівників-іноземців до надання допомоги постраждалим в умовах воєнного стану: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від від 26.02.2022 року № 383. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0383282-22#Text>
143. Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення Відомості Верховної Ради України. 2011. № 30. ст. 274. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2861-17#Text>
144. Про запобігання корупції: Закон України від 14 жовтня 2014 року № 1700-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1700-18#Text>

145. Про запобігання та протидію домашньому насильству: Закон України від 7 грудня 2017 року № 2229-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#Text>
146. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text>
147. Про затвердження Інструкції про порядок виконання норм міжнародного гуманітарного права у Збройних Силах України: Наказ Міністерства оборони України від 23.03.2017 № 164. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0704-17#Text>
148. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 19.10.2015 № 681. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text>
149. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 р. №385. *Офіційний вісник України*. 2002. № 46. Ст. 211. (Із змін.).
150. Про затвердження Переліку спеціальностей та/або професій, споріднених з відповідними військово-обліковими спеціальностями, після одержання яких жінки беруться на військовий облік військовозобов'язаних та Переліку спеціальностей та/або професій, споріднених з відповідними військовообліковими спеціальностями: Наказ Міністерства оборони України від 11.10.2021 року №313. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1566-21#Text>
151. Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф: Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 року № 827. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/827-2001-п#Text>

152. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: Наказ МОЗ від 19 березня 2018 р. № 503 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>
153. Про затвердження Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 24 лютого 2022 року № 368. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/03/2022\\_368\\_ms\\_.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/03/2022_368_ms_.pdf)
154. Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2: Наказ МОЗ України № 698 від 23 березня 2020 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0698282-20/print> (втратив чинність)
155. Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України: наказ МОЗ України від від 24.02.2022 р. № 374 (із змінами, внесеними Наказом МОЗ України № 507 від 20.03.2022). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0374282-22#Text>
156. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 6 квітня 2000 року № 1645-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>
157. Про захист персональних даних: Закон України від 1 червня 2010 року № 2297-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text>
158. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними: Закон України від 15 лютого 1995 року № 62/95-ВР. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62/95-вр#Text>

159. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення: Закон України від 22 вересня 2005 року № 2899-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2899-15#Text>
160. Про інформацію : Закон України від 2 жовтня 1992 року № 2657-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 48. Ст. 650. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2657-12#Text>
161. Про курорти: Закон України від 5 жовтня 2000 року № 2026-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2026-14#Text>
162. Про лікарські засоби: Закон України від 4 квітня 1996 року № 123/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-вр#Text>
163. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 2 березня 2015 року № 580-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>
164. Про облік та табелювання медичних працівників, які надають медичну допомогу поза основним місцем роботи в період воєнного стану на території України: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.03.2022 № 414. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0414282-22#Text>
165. Про оздоровлення та відпочинок дітей: Закон України від 4 вересня 2008 року № 375-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/375-17#Text>
166. Про організацію трудових відносин в умовах воєнного стану: Закон України від 15 березня 2022 року № 2136-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2136-20#Text>
167. Про особливості атестації працівників сфери охорони здоров'я та продовження терміну дії сертифікатів спеціаліста, посвідчень про кваліфікаційну категорію в період дії воєнного стану: Наказ МОЗ України від 4 серпня 2022 року №1415. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0888-22#Text>

168. Про охорону здоров'я: Закон Української РСР від 15.10.1971 р., № 27–VIII. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/T710027.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T710027.html)
169. Про перелік посад фахівців у галузі охорони здоров'я у закладах охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 25 березня 2019 року № 668. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text>
170. Про подальше удосконалення системи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників: Наказ МОЗ України від 22.07.1993 № 166. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0113-93#Text>
171. Про правовий режим воєнного стану: Закон України від 15 травня 2015 року № 389-VIII. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/T150389?an=1>
172. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України від 12 грудня 1991 року № 1972-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>
173. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 року № 1489-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
174. Про рекламу: Закон України від 03.07.1996 № 270/96-ВР URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/270/96-вр#Text>
175. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. *Офіційний вісник України*. 2017. № 2. С. 175. Ст. 50.
176. Резолюція щодо захисту гуманітарних медичних місій. URL: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/hrcouncil/coiukraine/COI-ukraine-resolution-29-March-2023\\_UA.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/hrcouncil/coiukraine/COI-ukraine-resolution-29-March-2023_UA.pdf)
177. Рекомендація Державної служби України з питань праці, щодо надання відпусток від 03.05.2022 р. Державна служба України з питань праці. URL: <https://smu.dsp.gov.ua/forpeople/recomendwartime/chy-mozhe-robotodavets-z-vlasnoi-initsiatyvy-v-period-voiennohostanu-nadaty->

pratsivnykam-shchorichni-osnovni-oplachuvani-vidpustky-tryvalistiu-bilshe-24-dniv/

178. Рішення Дніпровського районного суду міста Києва від 11 червня 2021 року у справі № 755/4291/21. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/97609788>
179. Рогульський С. С. Адміністративно-правові заходи боротьби з корупцією в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2005. 187 с.
180. Российское законодательство X–XX веков: в 9 т. Т. 3. Акты Земских соборов. Под общей ред. д-ра юрид. наук, проф. О. П. Чистякова. М.: Юрид. лит., 1985. 512 с.
181. Роуз-Екерман Сьюзен. Корупція та урядування. Причини, наслідки та зміни. Пер. з англійської С. Кокізіук, Р. Ткачук. К.: К.І.С., 2004. 296 с.
182. Савка И. Г., Калинюк Н. Н. О правах медицинских работников при оказании медицинской помощи в контексте реформирования системы здравоохранения *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 1 (79) с. 62-67. URL: [10.11603/1681-2786.2019.1.10285](https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.1.10285)
183. Савченко В.О. Характерні правові ознаки медичних послуг. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/46592979.pdf>
184. Сенюта І.Я. Консультативна допомога у сфері охорони здоров'я: деякі питання її надання. *Український медичний часопис*. 2012. №1. С. 143-145. URL: <https://www.umj.com.ua/article/26028/konsultativna-dopomoga-u-sferi-oxoroni-zdorov-ya-deyaki-pitannya-ii-nadannya>
185. Сенюта І.Я. Медична реформа: To be or not to be?. *Юрист & Закон*. 2018. №9. URL: [https://uz.ligazakon.ua/ua/magazine\\_article/EA011320](https://uz.ligazakon.ua/ua/magazine_article/EA011320)
186. Сенюта І.Я. Медичний нейтралітет. Комітет медичного та фармацевтичного права та біоетики. URL: <https://medcom.unba.org.ua/activity/news/7339-medichnij-nejtralitet.html>
187. Сівовна Ю. Права працівників під час воєнного стану. 18.03.2022 URL: [https://biz.ligazakon.net/analytics/210052\\_prava-pratsvnikv-pd-chas-vonnogo-stanu](https://biz.ligazakon.net/analytics/210052_prava-pratsvnikv-pd-chas-vonnogo-stanu)

188. Сімейний кодекс України: Закон України від 10 січня 2002 року № 2947-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text>
189. Скакун О.Ф. Теорія держави і права (Енциклопедичний курс): підручник. Х.: Еспада, 2006. 776 с.
190. Скакун О.Ф. Теорія держави і права : підручник. 2-е вид. Київ : Алерта; КНТ, 2010. 520 с.
191. Скочиляс-Павлів О. В. Правовий статус медичних працівників: проблеми адміністративно-правового регулювання. *Право і суспільство*. 2019. № 5. Ч. 2. С. 92-98. URL: [http://pravoisuspilstvo.org.ua/archive/2019/5\\_2019/part\\_2/17.pdf](http://pravoisuspilstvo.org.ua/archive/2019/5_2019/part_2/17.pdf)
192. Словник іншомовних слів. Уклад.: С.М. Морозов, Л.М. Шкарапута. Київ : Наукова думка, 2000. 680 с
193. Собрание законов СССР. 1929. № 63. Ст. 582.
194. Собрание законов СССР. 1935. № 12. Ст. 12.
195. Спаський М., Сокольський С. Про правила, що регулюють роботу медичного персоналу. *Охорона здоров'я в УСРР. Основні закони та урядничі розпорядження*. Харків–Київ : Медичне видавництво, 1932. 260 с.
196. Справа Z проти Фінляндії – заява №22009/93 [1997] ECHR 10 Страсбург від 25 січня 1997 року. URL: [http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user\\_upload/pdf/Z\\_against\\_Finland.pdf](http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/pdf/Z_against_Finland.pdf)
197. Стефанчук Р. О. Проведення в Україні кодифікації медичного законодавства: до питання постановки проблеми Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., Київ, 29 лист. 2018 р. Одеса : Фенікс, 2019. С. 124–129
198. Стогова О. В. Люстрація як передумова ефективної боротьби з корупцією. *Сучасне суспільство*. 2016. Вип. 1. С. 167–177.
199. Сюмар В. Новий «клієнт» Гааги, або Злочини проти людяності в Україні. URL: <http://www.pravda.com.ua/articles/2014/02/4/7012562/>

200. Теннер Майкл. Погляд на системи охорони здо ров'я у світі — 5. *Громадянин України*. № 23 (230). URL: <http://gukr.com/article2678.html>
201. Теннер Майкл. Погляд на системи охорони здоров'я у світі — 6. *Громадянин України*. № 25 (232). URL: <http://gukr.com/article2699.htm>
202. Теорія держави і права: підручник. За ред. О. Петришина. Харків, 2015. 368 с.
203. Терещук О. В. Адміністративна відповідальність за корупційні правопорушення. Одеса, 2000. 177 с.
204. Трепак В. М. Особливості дефініції поняття «корупція». *Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ*. 2015. № 4. С. 181–196.
205. Турчина М.О. Закон Української РСР «Про охорону здоров'я». *Форум права*. 2016. № 3. С. 255–259. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP\\_index](http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index).
206. Турчина М.О. Медичне законодавство в Україні в радянський період: дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.01. Харків, 2016. С. 223.
207. Уварова Н.В., Логвиненко Б.О. Реалізація євроінтеграційних прагнень України у призмі соціальної сфери. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2022. № 4 Т.3. С. 25-28. URL: <https://doi.org/10.32850/sulj.2022.4.3.5>
208. Федущак А.Л., Чайківський Р.А. Пошук історичних передумов розвитку сучасної клінічної фармації на території України. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2009. № 3–4. С. 110-117.
209. Француз А.А. Адміністративно-правове регулювання охорони праці. URL: [https://uu.edu.ua/upload/Nauka/Specializovani\\_vcheni\\_radi/Francuz/Francuz\\_dis.pdf](https://uu.edu.ua/upload/Nauka/Specializovani_vcheni_radi/Francuz/Francuz_dis.pdf)
210. Фролов О. С., Васильєв І. В. Зміст та обсяг концепту «суб'єкт адміністративного правопорушення». *Держава і право: зб. наук. праць*.

- Юридичні і політичні науки. К.: Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України, 2014. Вип. 66. 400 с.
211. Цивільний кодекс України: Закон України від 16 січня 2003 року № 435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>
212. Чеботарьова Г.В. Кримінально-правова охорона правопорядку у сфері медичної діяльності : автореф. дис. ... д-ра. юрид. наук : 12.00.08. Київ, 2011. 49с.
213. Чемерис І. В. Зарубіжний досвід протидії корупції в системі державного управління. *Стратегічні пріоритети*. 2009. № 3 (12). С. 110–118.
214. Шегедин М. Б., Мудрик Н. О. Історія медицини та медсестринства. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 328 с.
215. Шемшученко Ю.С. Юридична енциклопедія : в 6 т. / редкол.: Ю.С. Шемшученко (відп. ред.) [та ін. ]; Київ : Українська енциклопедія, 1998. URL: <http://leksika.com.ua/19980614/legal/>
216. Щербина П. Ф. Судебная реформа 1864 года на Правобережной Украине. Львов, 1974. 190 с.
217. Щербиніна М. Б., Скирда І. Ю. Реформа системи охорони здоров'я України: проблеми сьогодення. URL: <http://www.mifua.com/archive/article/26830>
218. Щодо забезпечення безперервної роботи: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.03.2022 № 427. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-22#Text>
219. Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції об'єднаних сил: Наказ МОЗ України від 25.02.2022 № 379. URL: <http://doz.zoda.gov.ua/news-deialnist/2023-nakaz-moz-ukrajini-vid-25-02-2022-379>
220. Щукін О.С. Правовий статус медичних працівників за трудовим законодавством України : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.05. Одеса, 2005. 26 с.

221. Ямненко Т.М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник*. 2018. № 2. С. 116–120.
222. Янюк Н.В. Адміністративно-правовий статус посадової особи: дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07. Львів, 2002. 168 с.
223. 21st Century Cures Act of 2015. URL: <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/house-bill/34>
224. Adams T. Profession: A useful concept for sociological analysis? *Can Rev Sociol*. 2010. № 47(1). P. 49–70.
225. African Charter on Human and Peoples Rights. URL: <http://www.humanrights.se/wp-content/uploads/2012/01/African-Charter-on-Human-and-Peoples-Rights.pdf>
226. Aldridge S. The regulation of health professionals: an overview of the British Columbia experience. *J Med Imaging Radiat Sci* . 2008. № 39. P. 4–10.
227. Aleksieiev O. H., Anishchenko M. A., Legal professional restrictions of medical professionals under the legislation of Ukraine: problems and prospects *Патологія*. 2019. Т. 16. № 2(46). С. 288–292. URL 10.14739/2310-1237.2019.2.177200
228. Allsop J, Jones K. Protecting patients: international trends in medical governance. In: Kuhlman E, Saks M, editors. *Rethinking professional governance: international directions in healthcare*. Bristol: Policy Press; 2008. P. 15–28.
229. An Act Entitled The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010. URL: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>
230. Australia's National Digital Health Strategy. URL: <https://www.digitalhealth.gov.au/sites/default/files/2020-11/Australia%27s%20National%20Digital%20Health%20Strategy%20-%20Safe%2C%20seamless%20and%20secure.pdf>
231. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2015. URL: [https:// www.safetyandquality.gov.au/our-work/credentialing](https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/credentialing)

232. Australian Health Minister's Advisory Council: Guide to the national registration and accreditation scheme for health professions, 2018. URL: <https://www.coaghealthcouncil.gov.au/Portals/0/Guide%20to%20NRAS%20for%20health%20professions%20-%20PDF%20-%20FINAL.pdf>
233. Australian Health Practitioner Regulation Agency: Glossary “endorsement”. URL: <https://www.ahpra.gov.au/Support/Glossary.aspx#>
234. Australian Institute of Health and Welfare Act 1987. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2018C00474>
235. Australian National Preventive Health Agency Act 2010. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2016C00720>
236. Australian Organ and Tissue Donation and Transplantation Authority Act 2008. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2017C00206>
237. Baranek, PM. “A review of scopes of practice of health professions in Canada: A balancing act,” a report prepared for the Health Council of Canada: 2005. URL: <https://healthcouncilcanada.ca/133/>.
238. Biosecurity Act 2015. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00127>
239. Bourgeault IL, Grignon MA. Comparison of the regulation of health professional boundaries across OECD countries. *Eur J Comp Econ*. 2013. № 10(2). p. 199–223.
240. Bourgeault IL, Maier CB, Dieleman M, Ball J, MacKenzie A, Nancarrow S, Nigenda G, Sidat M. The COVID-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces. *Human Res Health*. 2020. № 18. 83 P. URL: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00529-0>
241. Bourgeault IL, Mulvale G. Collaborative health care teams in Canada and the USA: confronting the structural embeddedness of medical dominance. *Health Sociol Rev*. 2006. №15(5). p.481–95.
242. Cancer Australia Act 2006. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2014C00376>

243. Case of Dudgeon v. The United Kingdom (Application no. 7525/76). 22 October 1981. URL: [https://www.hrdp.org/files/2013/09/09/CASE\\_OF\\_DUDGEON\\_v.\\_THE\\_UNITED\\_KINGDOM\\_M\\_.pdf](https://www.hrdp.org/files/2013/09/09/CASE_OF_DUDGEON_v._THE_UNITED_KINGDOM_M_.pdf).
244. Casey J, Picherack F. The regulation of complementary and alternative health care practitioners: Policy considerations, prepared for Health Canada, 2001. Ottawa.
245. Charter of fundamental rights of the European Union 2012/C 326/02. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT>
246. Children's Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009. URL: <https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/2>
247. Commonwealth Serum Laboratories Act 1961. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2017C00073>
248. Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985. URL: <https://www.govtrack.us/congress/bills/99/hr3128/text>
249. De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2015. № 17(4). p. 1–288.
250. Dental Benefits Act 2008. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00367>
251. Do No Harm: A Call for Bahrain to End Systematic Attacks on Doctors and Patients. April 2011. URL: [https://s3.amazonaws.com/PHR\\_Reports/bahrain-do-no-harm-2011.pdf](https://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/bahrain-do-no-harm-2011.pdf)
252. Dorokhina Y. Corruption as a threat for critical infrastructure objects. Theoretical and practical aspects of modern jurisprudence development: the experience of European countries and prospects for Ukraine: collective monograph Lviv-Torun: Liha-Pres, 2019. 372 s.

253. Dorokhina Y. Zjawisko korupcji i jego zwalczanie w prawie ukraińskim *Radca Prawny. Zeszyty naukowe Kwartalnik naukowy*. № 1(14)/2018. S.101–127.
254. Dower C, Moore J, Langelier M. It is time to restructure health professions scope of practice regulations to remove barriers to care. *Health Aff.* 2013. №32(11). p.1971–6.
255. Epidemiological Studies (Confidentiality) Act 1981. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2016C01092>
256. Executive Order on Protecting Worker Health and Safety URL: <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/presidential-actions/2021/01/21/executive-order-protecting-worker-health-and-safety/>
257. Federal Constitution of 18 April 1999 of the Swiss Confederation. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/en>
258. Frogner BK, Fraher EP, Spetz J, Pittman P, Moore J, Beck AJ, Armstrong D, Buerhaus PI. Modernizing scope-of-practice regulations. Time to prioritize patients. *N Engl J Med.* 2020. №382. p. 591–3.
259. GMC Our role in education and training URL: <https://www.gmc-uk.org/education/27007.asp>
260. Golding L, Turner L, DeMoulin FM. Governance control: over regulated health professional colleges. *Health Law in Canada.* 2010. № 30(4). p.178–95.
261. Health & Care Professions Council: Scope of practice. Page updated 09/04/2020. URL: <https://www.hcpc-uk.org/covid-19/advice/applying-our-standards/scope-of-practice/>.
262. Health & Care Professions Council: Standards of conduct, performance, and ethics. Page updated 14/06/2018. URL: <https://www.hcpc-uk.org/standards/standards-of-conduct-performance-and-ethics>
263. Health and Other Services (Compensation) Act 1995. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00384>
264. Health Care Quality Improvement Act of 1986. URL: <https://www.congress.gov/bill/99th-congress/house-bill/5540>

265. Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act of 2009. URL: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/coveridentities/hitechact.pdf>
266. Health Insurance (Pathology) (Fees) Act 1991. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2016C00834>
267. Health Insurance Act 1973. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00383>
268. Health insurance for the aged and medical assistance July 30, 1965. URL: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-79/pdf/STATUTE-79-Pg286.pdf>
269. Health insurance portability and accountability Act of 1996. URL: <https://www.congress.gov/104/plaws/publ191/PLAW-104publ191.pdf>
270. Health Maintenance Organization Act May 21 1973. URL: <https://www.congress.gov/bill/93rd-congress/house-bill/7974>
271. Health Practitioner Regulation National Law Act 2009. URL: <https://www.legislation.qld.gov.au/view/html/inforce/current/act-2009-045>
272. Health Professions Regulatory Advisory Council. “Adjusting the balance: A review of the *Regulated Health Professions Act*.” A report to the Ontario Minister of Health and Long Term Care. URL: [https://www.hprac.org/en/reports/resources/RHPA\\_Review\\_2001\\_Report.pdf](https://www.hprac.org/en/reports/resources/RHPA_Review_2001_Report.pdf). Accessed 28 Aug 2020.
273. Healthcare Identifiers Act 2010. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00040>
274. Helping to raise standards through revalidation. URL: <https://www.gmc-uk.org/about/role.as>
275. Hirschhorn K: “Health professional regulation in Canada’s provinces and territories: Its relationship to professional engagement”, poster presented at the Professional Standards Authority for Health and Social Care conference “Improving professional regulation: interdisciplinary insights”, Windsor, UK. March. 2014.

276. Hrevtsova R. Y. Institutional and Legal Aspects of Health Care in Times of COVID-19: Learning from the Ukrainian Experience. *Medicine and Law*. №2 (Vol. 39). 2020. P. 333-350.
277. Interstate Medical Licensure Compact Commission: A faster way to physician licensure. 2020. URL: <https://www.imlcc.org/a-faster-pathway-to-physician-licensure/>
278. Investigating and acting on concerns about doctors. URL: <https://www.gmc-uk.org/about/role.asp>
279. Jakie są obowiązki lekarza. URL: <https://pacjent.gov.pl/arttykul/jakie-sa-obowiazki-lekarza>
280. Johansen v. Norway (Application no. 17383/90) (ECHR, 07.08.1996). URL: <https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2015/01/JOHANSEN-v.-NORWAY.pdf>
281. Lahey W, Currie R. Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice. *J Interprof Care*. 2005. №19(Sup 1). P.197–223.
282. Lahey W. Legislating interprofessional regulatory collaboration in Nova Scotia. HRO-ORS. 2013. URL: <https://doi.org/10.13162/hro-ors.01.01.04>.
283. Lohvynenko Borys. Administrative and legal regulation of practice of folk medicine (healing). *Scientific Bulletin of Dnipropetrovsk State University of Internal Affairs*. 2021. Special Issue № 2. P. 251-255. URL: 10.31733/2078-3566-2021-6-251-255.
284. Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (Loi relative à la recherche sur l'être humain, LRH) du 30 septembre 2011. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/617/fr>
285. Loi fédérale relative à la recherche sur les cellules souches embryonnaires (Loi relative à la recherche sur les cellules souches, LRCS) du 19 décembre 2003. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2005/104/fr>
286. Loi fédérale sur l'assurance-maladie. URL: [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/fr](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr)

287. Loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LPMA) du 18 décembre 1998. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2000/554/fr>
288. Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules (Loi sur la transplantation) du 8 octobre 2004. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/279/fr>
289. Loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) du 19 juin 2015. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/203/fr>
290. Loi fédérale sur les professions de la santé<sup>1</sup> (LPSan) du 30 septembre 2016. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2020/16/fr>
291. Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales, LPMéd) du 23 juin 2006. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/537/fr>
292. Lytvyn, N.A., Berlach, A.I., Kovalko, N.M., Melnyk, A.A. and Berlach, H.V. (2022), "Legal regulation of the state financial guarantees of medical services for the population: domestic and international experience", *International Journal of Health Governance*. Vol. 27. №. 4. p. 378-390. URL: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJHG-01-2022-0008/full/html>
293. McMaster Health Forum. Modernizing the oversight of the health workforce in Ontario. 2018. URL: <https://www.mcmasterforum.org/find-evidence/products/project/modernizing-the-oversight-of-the-ontario-health-workforce>.
294. Medical Indemnity (Competitive Advantage Payment) Act 2005. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2005A00125>
295. Medical Indemnity (Prudential Supervision and Product Standards) Act 2003. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00234>
296. Medical Indemnity (Run-off Cover Support Payment) Act 2004. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00231>
297. Medical Indemnity Act 2002. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00242>

298. Medical Neutrality Fact Sheet. URL:  
<http://phrtoolkits.org/toolkits/medical-neutralityprotection-act/education/medical-neutrality-fact-sheet/>
299. Medicare Guarantee Act 2017. URL:  
<https://www.legislation.gov.au/Details/C2017A00071>
300. Midwife Professional Indemnity (Commonwealth Contribution) Act 2010. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00225>
301. My Health Record. URL: <https://www.myhealthrecord.gov.au/>
302. My Health Records Act 2012. URL:  
<https://www.legislation.gov.au/Details/C2020C00372>
303. Myers E. National Association of Attorneys General; Litigation, legislation and policy - two years of reaction to NC dental. *NAGTRI J.* 2017. № 2(3). URL: <https://www.naag.org/antitrust/attorney-general-journal/litigation-legislation-and-policy-two-years-of-reaction-to-nc-dental/>
304. National Cancer Screening Register (Consequential and Transitional Provisions) Act 2016. URL:  
<https://www.legislation.gov.au/Details/C2016A00066>
305. National Council of State Boards of Nursing: Nurse Licensure Compact 2020. URL: <https://www.ncsbn.org/nurse-licensure-compact.htm>.
306. National Health Act 1953. URL:  
<https://www.legislation.gov.au/Details/C2021C00047>
307. National Health Reform Act 2011. URL:  
<https://www.legislation.gov.au/Details/C2016C01050>
308. National Health Security Act 2007. URL:  
<https://www.legislation.gov.au/Details/C2021C00048>
309. Nova Scotia Regulated Health Professionals Network: The Network FAQs. 2020. URL: <http://www.nsrhpn.ca/faqs/>.
310. Nursing and Midwifery Board of Australia: Registered Nurse Standards for Practice, 2016. URL: <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes->

- Guide lines-Statements/Professional-standards/registered-nurse-standards-for-practice.aspx.
311. O'Reilly P. Health care practitioners: an ontario case study in policy making. Toronto: University of Toronto Press. 2000.
  312. Office of Global Affairs. URL: <https://www.hhs.gov/about/agencies/oga/index.html>
  313. Patient safety and quality improvement Act of 2005. URL: <https://www.congress.gov/109/plaws/publ41/PLAW-109publ41.pdf>
  314. Professional Standards Authority. Right-touch regulation (Revised). 2015. URL: <https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/thought-paper/right-touch-regulation-2015.pdf>.
  315. Qualifications in Great Britain. The framework for higher education qualifications in England, Wales and Northern Ireland Report. November 2008. URL: <http://www.qaa.as.uk/academic-infrastructure/fheq/selfcertification.pdf>
  316. Radmyla Yu. Hrevtsova,. Institutional and legal aspects of health in times of COVID-19: Learning from the ukrainian experience. *Medicine and Law*. 2020. Vol.39. P. 333-350.
  317. Regulated Health Professions Act. 1991. Vol. 1991. p. 18. URL: <https://www.ontario.ca/laws/statute/91r18>.
  318. Regulated Health Professions Network Act. S.N.S. 2012. p. 48. URL: [https://nslegislature.ca/legc/bills/61st\\_4th/3rd\\_read/b147.htm](https://nslegislature.ca/legc/bills/61st_4th/3rd_read/b147.htm)
  319. Regulated Health Professions Statute Law Amendment Act. 2009 S.O., p. 26. URL: <https://www.ontario.ca/laws/statute/s09026>
  320. Review HPL. Striking a balance. Toronto: Queens Park Printers; 1989.
  321. Rowthorn V, Hoffman D. Legal impediments to the diffusion of telemedicine. *J Health Care Law Policy*. 2011. № 14. P.1.
  322. Safriet BJ. Closing the gap between can and may in healthcare providers' scopes of practice: a primer for policymakers. *Yale J Regul*. 2002. №19(2): p. 301–34

323. Semko JA. Combined board chairs & administrators meeting: “Adjusting to the Supreme Court decision.” Federation of State Boards of Physical Therapy. 2017. URL: [https://www.fsbpt.org/Portals/0/documents/free-resources/ForumSpring\\_SupremeCourtDecision.pdf](https://www.fsbpt.org/Portals/0/documents/free-resources/ForumSpring_SupremeCourtDecision.pdf).
324. Stawnicka J. Korupcja jako patologia społeczna. Wielowymiarowość działań profilaktycznych. 2013. Profilaktyka w przestrzeni publicznej. Kraków. T. 1.
325. Steering Committee on Modernization of Health Professional Regulation: Recommendations to modernize the provincial health profession regulatory framework. 2020. URL: <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/578/2020/08/Recommendations-to-modernize-regulatory-framework.pdf>
326. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. URL: <https://www.samhsa.gov/>
327. The Agency for Healthcare Research and Quality’s. URL: <https://www.ahrq.gov/cpi/about/mission/index.html>
328. The Agency for Toxic Substances and Disease Registry. URL: <https://www.atsdr.cdc.gov/>
329. The Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://www.cms.gov/>
330. The Centers for Medicare & Medicaid Services. URL: <https://www.cms.gov/>
331. The Council on Licensure, Enforcement, and Regulation: Professional and occupational regulation: US state regulatory structures. National Conference of State Legislatures 2020. URL: <https://www.ncsl.org/research/labor-and-employment/state-regulatory-structures.aspx>.
332. The Food and Drug Administration. URL: <https://www.fda.gov/>
333. The Health Resources and Services Administration. URL: <https://www.hrsa.gov/>
334. The National Institutes of Health. URL: <https://www.nih.gov/>

335. The Office of the National Coordinator for Health Information Technology. URL: <https://www.healthit.gov/>
336. Trebilcock MJ, Tuohy CJ, Wolfson AD. Professional regulation: a staff study of accountancy, architecture, engineering and law in Ontario prepared for the professional organizations committee. Toronto: Ministry of the Attorney General, Ontario; 1979
337. Ustawa z dnia 9 czerwca 2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym. URL: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20061040708>
338. Walczak W. Przesłpstwa korupcyjne a legalna korupcja – aspekty ekonomiczne i prawne. 2019. *Przegląd bezpieczeństwa wewnętrznego*. № 21.
339. Zarzeczny A. The role of regulation in health care: Professional and institutional oversight. In: Erdman J, Gruben V, Nelson E, editors. *Canadian Health Law and Policy*. 5th ed. Toronto: LexisNexis Canada; 2017.

## ДОДАТКИ

## ДОДАТОК А

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Статті у наукових фахових виданнях України:*

- 1) Князевич Н.В. Запровадження професійного самоврядування медичних працівників: виклики, переваги і можливі шляхи. *Науково-практичний журнал «Екологічне право»*. 2022. Випуск 1-2. С. 30-33. DOI <https://doi.org/10.37687/2413-7189.2022.1-2-4.5>
- 2) Князевич Н.В. Адміністративна правосуб'єктність медичного працівника. *Law. State. Technology*. 2022. №1. С. 83-87. DOI <https://doi.org/10.32782/LST/2022-1-12>
- 3) Князевич Н.В. Проблеми реалізації прав медичних працівників в умовах воєнного стану. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2022. №7. С. 567-571. DOI <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2022-7/137>
- 4) Князевич Н.В. Історико-правовий аналіз розвитку правового статусу медичного працівника. *Науково-практичний журнал «Медичне право»*. 2021. №2(28). С. 9-17. DOI <https://doi.org/10.25040/medicallaw2021.02.009>

*Статті у наукових періодичних виданнях інших держав:*

- 5) Князевич Н.В. Характеристика окремих обов'язків медичних працівників під час воєнного стану. *Knowledge. Education. Law. Management*. 2022. №3. С. 256-263. DOI <https://doi.org/10.51647/kelm.2022.3.41>
- 6) Князевич Н.В. Окремі підходи до класифікації прав та обов'язків медичного працівника. *Knowledge. Education. Law. Management*. 2022. №5. С. 165-171. DOI <https://doi.org/10.51647/kelm.2022.5.27>

**Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:**

7) Князевич Н.В. Institute of Medical Negligence: the difference between criminal and civil liability. *Актуальні питання розвитку юридичної науки та практики*: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (21 травня 2021). Київ. 2021. Том II. С. 338-339;

8) Князевич Н.В. Обов'язок надання медичної допомоги: службово-правовий аспект. *Legal education and science in the context of European integration*: матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (5 жовтня 2022 р.). Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2022. С. 80-83.

9) Князевич Н.В. Професійне самоврядування медичних працівників: актуальність у період відбудови. *Наукові читання на тему «Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку»*, присвячені пам'яті Гладуна Зіновія Степановича (11 липня 2022 року). Львів. 2022. С. 41-44.

10) Князевич Н.В. Особливості правового статусу медичних працівників у період дії воєнного стану в контексті забезпечення інфекційної безпеки. *Правові питання епідемічної безпеки під час воєнного стану*: Матеріали міжнародного круглого столу (16 червня 2022 року). Харків. 2022. С. 53-56.

11) Князевич Н.В. Адміністративна правосуб'єктність медичного працівника. *Шістдесят п'яті економіко-правові дискусії*: матеріали міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (24-25 травня 2022 р.). Львів. 2022. С. 74-77;

12) Князевич Н.В. Консультаційна медична допомога: правове регулювання. *«Молодь: наука та інновації»*: матеріали X Міжнародної науково-технічної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених (23–25 листопада 2022 року). Національний технічний університет «Дніпровська політехніка». Дніпро : НТУ «ДП», 2022. С. 465-466;

13) Князевич Н. Правові аспекти забезпечення безперервності надання медичної допомоги в умовах воєнного стану. *Актуальні питання розвитку юридичної науки і практики в умовах воєнного стану та мирної розбудови*:

матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 5 травня 2023 року): ел. збірник. Київ: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2023. С. 678-680.

**Проект Закону України «Про удосконалення змісту адміністративно-правового статусу медичних працівників»**

I. Внести до Основ законодавства України про охорону здоров'я (Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII) такі зміни:

1.1. Доповнити частину 1 статті 3 «Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я» наступним положенням:

медичні працівники - медичний персонал, що бере участь безперервно чи ситуативно у реалізації задач та цілей здійснення професійної діяльності у сфері охорони життя та здоров'я людини, в тому числі його порятунку в медичних закладах, формуваннях або в санітарних перевезеннях за умови підтвердження його кваліфікації та/або спеціалізації ліцензією та/або кваліфікаційним оцінюванням, критерії здійснення якого встановлені центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, із дотриманням вимог професійної (службової) етики надання медичних послуг;

II. Внести до Кримінально-процесуального кодексу України (Закон України від 13 квітня 2012 року № 4651-VI) такі зміни:

2.1. пункт 4 ч. 2 ст. 65 викласти у такій редакції:

4) медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя особи - про відомості, які становлять лікарську таємницю (медичний свідоцький імунітет). Особа звільняється від обов'язку дотримуватися вимог збереження лікарської таємниці, якщо це створює загрозу вимогам національної безпеки, безпеки людей та громадської безпеки;

III. Внести до Закону України від 5 липня 2012 року № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу» такі зміни:

3.1 доповнити статтю 1 пунктом 6-1 такого змісту:

медичний порятунок - діяльність, що має надаватися не лише за місцем знаходження, проживання (перебування) пацієнта; в амбулаторних умовах; в умовах денного стаціонару; у стаціонарних умовах, але і в інших умовах, що створюють загрозу безпеці здоров'я особи, зокрема, в умовах воєнного стану на території ведення бою, суміжних територіях тощо;

IV. Закон України від 14 жовтня 2014 року № 1700-VII «Про запобігання корупції»:

4.1 доповнити частину 1 статті 3 пунктом «л» такого змісту: л) медичні працівники, та інші особи, уповноважені на надання екстреної медичної допомоги та медичного порятунку.

V. Прикінцеві та перехідні положення.

Цей Закон набирає чинності з дня його опублікування.

**Пояснювальна записка щодо прийняття  
Закону України «Про удосконалення змісту адміністративно-  
правового статусу медичних працівників»**

**1. Обґрунтування необхідності прийняття Закону України «Про удосконалення змісту адміністративно-правового статусу медичних працівників»**

Здобуття незалежності нашої держави започаткувало нову віху в її політиці. Так, Основний Закон проголосив Україну соціальною державою (стаття 1 Конституції України). Сутність такої держави проявляється через завдання, вирішення яких має пріоритетне значення для суспільства. Такими завданнями визначаються досягнення стабільного високого рівня життя населення, створення якісних і доступних систем охорони здоров'я, освіти, належної підтримки незахищених соціальних верств населення тощо.

Нормативними положеннями чинного законодавства України не закріплено ряд категорій, що мають важливе значення для нормативно-правового регулювання статусу медичних працівників, кола їх прав та обов'язків. Зокрема, в межах чинного законодавства України відсутня категорія «медичний порятунок», що має відмінний зміст від категорії екстрена медична допомога; не розкривається зміст категорії «медичний нейтралітет», «медичний свідоцький імунітет».

Тому вбачається за доцільне закріпити у чинному законодавстві категорії «медичний працівник», «медичний нейтралітет», «медичний свідоцький імунітет», що дозволить удосконалити зміст нормативно-правового регулювання статусу медичної служби з врахуванням доцільності її трансформації на складову системи публічної служби України.

**2. Цілі й завдання змін до нормативно-правових актів**

Завданням проекту є оптимізація змісту адміністративно-правового статусу медичних працівників.

### **3. Загальна характеристика й основні положення змін до нормативно-правових актів**

З метою підвищення ефективності регулювання адміністративно-правового статусу медичних працівників, удосконалення його змісту є необхідним вироблення концептуальних підходів до розуміння змісту медичної служби як публічної служби.

Удосконалення нормативно-правового регулювання адміністративно-правового статусу медичних працівників пов'язується із доцільністю внесення змін до чинного законодавства України шляхом: 1) доповнення Основ законодавства України про охорону здоров'я (Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII) частиною 1 статті 3 «Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я» наступним положенням: «медичні працівники - медичний персонал, що бере участь безперервно чи ситуативно у реалізації задач та цілей здійснення професійної діяльності у сфері охорони життя та здоров'я людини, в тому числі його порятунку в медичних закладах, формуваннях або в санітарних перевезеннях за умови підтвердження його кваліфікації та/або спеціалізації ліцензією та/або кваліфікаційним оцінюванням, критерії здійснення якого встановлені центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, із дотриманням вимог професійної (службової) етики надання медичних послуг»; 2) пункт 4 ч. 2 ст. 65 Кримінально-процесуального кодексу України (Закон України від 13 квітня 2012 року № 4651-VI) викласти у такій редакції: «медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя особи - про відомості, які становлять лікарську таємницю (медичний свідоцький імунітет). Особа звільняється від обов'язку дотримуватися вимог збереження лікарської таємниці, якщо це створює загрозу вимогам національної безпеки, безпеки людей та громадської безпеки»; 3) доповнити статтю 1 Закону України від 5 липня 2012 року № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу» пунктом 6-1 такого змісту: «медичний порятунок медичний порятунок - діяльність, що має

надаватися не лише за місцем знаходження, проживання (перебування) пацієнта; в амбулаторних умовах; в умовах денного стаціонару; у стаціонарних умовах, але і в інших умовах, що створюють загрозу безпеці здоров'я особи, зокрема, в умовах воєнного стану на території ведення бою, суміжних територіях тощо»; 4) доповнити частину 1 статті 3 Закону України від 14 жовтня 2014 року № 1700-VII «Про запобігання корупції» пунктом «л» такого змісту: л) медичні працівники, та інші особи, уповноважені на надання екстреної медичної допомоги та медичного порятунку, - що має стати базисом для формування у майбутньому Концепції реформування медичної служби.

#### **4. Стан нормативно-правової бази в цій сфері правового регулювання**

Вимагається внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я (Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII); до Кримінально-процесуального кодексу України (Закон України від 13 квітня 2012 року № 4651-VI); до Закону України від 5 липня 2012 року № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу»; до Закону України від 14 жовтня 2014 року № 1700-VII «Про запобігання корупції». Реалізація положень поданого законопроекту не потребує внесення змін до інших законів.

#### **5. Фінансово-економічне обґрунтування**

Реалізація положень законопроекту не впливатиме на видаткову та прибуткову частини державного або місцевих бюджетів.

#### **6. Обґрунтування очікуваних соціально-економічних, правових та інших наслідків застосування законопроекту після його прийняття**

Реалізація норм законопроекту приведе до належного рівня законодавчої техніки, закріпить на рівні закону права й обов'язки учасників у сфері охорони здоров'я, що сприятиме підвищенню ефективності роботи системи суб'єктів публічної адміністрації із забезпечення права громадян на охорону життя та здоров'я.

## ПОРІВНЯЛЬНА ТАБЛИЦЯ

### до проєкту Закону України «Про удосконалення змісту адміністративно-правового статусу медичних працівників»

Чинна редакція	Пропоновані зміни	Нова редакція
<b>Основи законодавства України про охорону здоров'я (Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ)</b>		
<p><b>Стаття 3.</b> Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я</p> <p>У цих Основах та інших актах законодавства про охорону здоров'я основні поняття мають таке значення:</p> <p>госпітальний округ - територія, у межах якої забезпечено надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги шляхом організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я;</p> <p>електронна система охорони здоров'я - інформаційно-комунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління інформацією про охорону здоров'я, у тому числі медичною інформацією, шляхом створення, розміщення,</p>	<p>Доповнити частину 1 статті 3 «Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я» наступними положеннями:</p> <p>медичні працівники - медичний персонал, що бере участь безперервно чи ситуативно у реалізації задач та цілей здійснення професійної діяльності у сфері охорони життя та здоров'я людини, в тому числі його порятунку в медичних закладах, формуваннях або в санітарних перевезеннях за умови підтвердження його кваліфікації та/або спеціалізації ліцензією та/або</p>	<p><b>Стаття 3.</b> Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я</p> <p>У цих Основах та інших актах законодавства про охорону здоров'я основні поняття мають таке значення:</p> <p>госпітальний округ - територія, у межах якої забезпечено надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги шляхом організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я;</p> <p>електронна система охорони здоров'я - інформаційно-комунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління інформацією про охорону здоров'я, у тому числі медичною</p>

<p>оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API);</p> <p>життєдіяльність - здатність організму особи до участі у життєдіяльності/заняттєвої участі у спосіб і в межах, звичайних для людини;</p> <p>загальний заклад охорони здоров'я - багатопрофільний лікарняний заклад, що надає медичну та реабілітаційну допомогу населенню територіальної громади або декількох громад та забезпечує базові напрями стаціонарної медичної допомоги відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України, стабілізацію стану пацієнта та його маршрутизацію до кластерних та надкластерних закладів охорони здоров'я;</p> <p>здоров'я - стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя,</p>	<p>кваліфікаційним оцінюванням, критерії здійснення якого встановлені центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, із дотриманням вимог професійної (службової) етики надання медичних послуг.</p>	<p>інформацією, шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API);</p> <p>життєдіяльність - здатність організму особи до участі у життєдіяльності/заняттєвої участі у спосіб і в межах, звичайних для людини;</p> <p>загальний заклад охорони здоров'я - багатопрофільний лікарняний заклад, що надає медичну та реабілітаційну допомогу населенню територіальної громади або декількох громад та забезпечує базові напрями стаціонарної медичної допомоги відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України, стабілізацію стану пацієнта та його маршрутизацію до кластерних та надкластерних закладів охорони здоров'я;</p> <p>здоров'я - стан повного фізичного, психічного і</p>
--	--	---

<p>а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад;</p> <p>заклад охорони здоров'я - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації;</p> <p>кластерний заклад охорони здоров'я - багатопрофільний лікарняний заклад, спроможний забезпечити на території госпітального кластера потребу населення в медичному обслуговуванні у найбільш поширених захворюваннях і станах за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України;</p> <p>медична допомога - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а</p>		<p>соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад;</p> <p>заклад охорони здоров'я - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації;</p> <p>кластерний заклад охорони здоров'я - багатопрофільний лікарняний заклад, спроможний забезпечити на території госпітального кластера потребу населення в медичному обслуговуванні у найбільш поширених захворюваннях і станах за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України;</p> <p>медична допомога - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а</p>
--	--	--

<p>також у зв'язку з вагітністю та пологами;</p> <p>медична інформація - інформація про медичне обслуговування особи або його результати, викладена в уніфікованій формі відповідно до вимог, встановлених законодавством, у тому числі інформація про стан здоров'я, діагнози та будь-які документи, що стосуються здоров'я та обмеження повсякденного функціонування/ життєдіяльності людини;</p> <p>медична субсидія - безготівкова допомога, яка надається за рахунок коштів державного або місцевих бюджетів для оплати необхідних пацієнту медичних послуг та лікарських засобів;</p> <p>медичне обслуговування - діяльність закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але</p>		<p>також у зв'язку з вагітністю та пологами;</p> <p>медична інформація - інформація про медичне обслуговування особи або його результати, викладена в уніфікованій формі відповідно до вимог, встановлених законодавством, у тому числі інформація про стан здоров'я, діагнози та будь-які документи, що стосуються здоров'я та обмеження повсякденного функціонування/ життєдіяльності людини;</p> <p>медичний порятунок - діяльність, що має надаватися не лише за місцем знаходження, проживання (перебування) пацієнта; в амбулаторних умовах; в умовах денного стаціонару; у стаціонарних умовах, але і в інших умовах, що створюють загрозу безпеці здоров'я особи, зокрема, в умовах воєнного стану на території ведення бою, суміжних територіях тощо;</p> <p>медичні працівники - медичний персонал, що бере участь безперервно чи ситуативно у реалізації задач та цілей здійснення професійної діяльності у сфері охорони життя та здоров'я людини, в тому числі його порятунку в</p>
--	--	--

<p>безпосередньо пов'язана з їх наданням;</p> <p>мережа закладів охорони здоров'я - сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території;</p> <p>надкластерний заклад охорони здоров'я - багатопрофільний лікарняний заклад, в якого наявні ресурси та технології, орієнтовані на забезпечення медичного обслуговування у найбільш складних та/або рідкісних випадках захворювань населення всього госпітального округу за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України;</p> <p>невідкладний стан людини - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин;</p> <p>обмеження життєдіяльності - втрата</p>		<p>медичних закладах, формуваннях або в санітарних перевезеннях за умови підтвердження його кваліфікації та/або спеціалізації ліцензією та/або кваліфікаційним оцінюванням, критерії здійснення якого встановлені центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, із дотриманням вимог професійної (службової) етики надання медичних послуг;</p> <p>медична субсидія - безготівкова допомога, яка надається за рахунок коштів державного або місцевих бюджетів для оплати необхідних пацієнту медичних послуг та лікарських засобів;</p> <p>медичне обслуговування - діяльність закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням;</p>
--	--	--

<p>особою внаслідок хвороби, травми (її наслідків), вроджених порушень або інших станів здоров'я здатності до участі у життєдіяльності/заняттєвої участі у спосіб і в межах, звичайних для людини;</p> <p>особа, уповноважена на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я, - юридична особа, утворена центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, та уповноважена здійснювати закупівлі лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них і послуг за кошти державного бюджету для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я, а також за кошти грантів (субгрантів) для виконання програм Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні відповідно до закону. Особа, уповноважена на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я, має право безоплатно постачати (передавати) належні їй лікарські засоби, медичні вироби та допоміжні засоби до них і послуги структурним</p>		<p>мережа закладів охорони здоров'я - сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території;</p> <p>надкластерний заклад охорони здоров'я - багатопрофільний лікарняний заклад, в якого наявні ресурси та технології, орієнтовані на забезпечення медичного обслуговування у найбільш складних та/або рідкісних випадках захворювань населення всього госпітального округу за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України;</p> <p>невідкладний стан людини - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин;</p> <p>обмеження життєдіяльності - втрата особою внаслідок хвороби, травми (її наслідків), вроджених</p>
---	--	---

<p>підрозділам з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій або суб'єктам господарювання, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики;</p> <p>охорона здоров'я - система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи - підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни;</p> <p>оцінка медичних технологій - експертиза медичних технологій щодо</p>		<p>порушень або інших станів здоров'я здатності до участі у життєдіяльності/заняттєвої участі у спосіб і в межах, звичайних для людини;</p> <p>особа, уповноважена на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я, - юридична особа, утворена центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, та уповноважена здійснювати закупівлі лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них і послуг за кошти державного бюджету для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я, а також за кошти грантів (субгрантів) для виконання програм Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні відповідно до закону. Особа, уповноважена на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я, має право безоплатно постачати (передавати) належні їй лікарські засоби, медичні вироби та допоміжні засоби до них і послуги структурним підрозділам з питань</p>
--	--	---

<p>клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних проблем та проблем безпеки для громадян у зв'язку з їх застосуванням;</p> <p>пацієнт - фізична особа, яка звернулася за медичною та/або реабілітаційною допомогою або медичною послугою та/або якій така допомога або послуга надається;</p> <p>послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) - послуга, у тому числі реабілітаційна, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом або фізичною особою - підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт;</p> <p>домедична допомога - невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя</p>		<p>охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій або суб'єктам господарювання, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики;</p> <p>охорона здоров'я - система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи - підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни;</p> <p>оцінка медичних технологій - експертиза медичних технологій</p>
--	--	--

<p>людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи;</p> <p>реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я (далі - реабілітаційна допомога) - діяльність фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі;</p> <p>реабілітаційна послуга - послуга, що надається пацієнту реабілітаційним закладом, реабілітаційною установою, закладом охорони здоров'я, соціального захисту або іншим суб'єктом</p>		<p>щодо клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних проблем та проблем безпеки для громадян у зв'язку з їх застосуванням;</p> <p>пацієнт - фізична особа, яка звернулася за медичною та/або реабілітаційною допомогою або медичною послугою та/або якій така допомога або послуга надається;</p> <p>послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) - послуга, у тому числі реабілітаційна, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом або фізичною особою - підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт;</p> <p>домедична допомога - невідкладні дії та</p>
---	--	--

<p>господарювання, які мають право надавати реабілітаційну допомогу згідно із законодавством, та оплачується її замовником. Замовником реабілітаційної послуги можуть бути держава, орган місцевого самоврядування, юридична або фізична особа, у тому числі пацієнт;</p> <p>реабілітація - комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнавати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я у взаємодії з її середовищем;</p> <p>рідкісне (орфанне) захворювання - захворювання, яке загрожує життю людини або яке хронічно прогресує, призводить до скорочення тривалості життя громадянина або до його інвалідності, поширеність якого серед населення не частіше ніж 1:2000;</p> <p>стан здоров'я - загальний показник для хвороб (гострих і хронічних), розладів, пошкоджень або травм. Стан здоров'я також може охоплювати інші обставини, такі як вагітність, старіння, стрес, вроджена аномалія або</p>		<p>організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи;</p> <p>реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я (далі - реабілітаційна допомога) - діяльність фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі;</p> <p>реабілітаційна послуга - послуга, що надається пацієнту реабілітаційним закладом, реабілітаційною установою, закладом охорони здоров'я,</p>
---	--	--

<p>генетична схильність. Стани здоров'я кодуються за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я;</p> <p>телемедицина - комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі;</p> <p>Зміст інших понять і термінів визначається законодавством України та спеціальними словниками понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.</p>		<p>соціального захисту або іншим суб'єктом господарювання, які мають право надавати реабілітаційну допомогу згідно із законодавством, та оплачується її замовником. Замовником реабілітаційної послуги можуть бути держава, орган місцевого самоврядування, юридична або фізична особа, у тому числі пацієнт;</p> <p>реабілітація - комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнавати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я у взаємодії з її середовищем;</p> <p>рідкісне (орфанне) захворювання - захворювання, яке загрожує життю людини або яке хронічно прогресує, призводить до скорочення тривалості життя громадянина або до його інвалідності, поширеність якого серед населення не частіше ніж 1:2000;</p> <p>стан здоров'я - загальний показник для хвороб (гострих і хронічних), розладів, пошкоджень або травм. Стан здоров'я також може охоплювати інші обставини, такі як вагітність, старіння, стрес,</p>
--	--	---

		<p>вроджена аномалія або генетична схильність. Стани здоров'я кодуються за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я;</p> <p>телемедицина - комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі;</p> <p>Зміст інших понять і термінів визначається законодавством України та спеціальними словниками понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.</p>
<b>Кримінально-процесуальний кодекс України (Закон України від 13 квітня 2012 року № 4651-VI)</b>		
<p><b>Стаття 65. Свідок</b></p> <p>1. Свідком є фізична особа, якій відомі або можуть бути відомі обставини, що підлягають доказуванню під час кримінального провадження, і яка викликана для давання показань.</p> <p>2. Не можуть бути допитані як свідки:</p>	<p>Пункт 4 ч. 2 ст. 65 викласти у такій редакції:</p> <p>«4) медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати,</p>	<p><b>Стаття 65. Свідок</b></p> <p>1. Свідком є фізична особа, якій відомі або можуть бути відомі обставини, що підлягають доказуванню під час кримінального провадження, і яка викликана для давання показань.</p> <p>2. Не можуть бути допитані як свідки:</p>

<p>1) захисник, представник потерпілого, цивільного позивача, цивільного відповідача, юридичної особи, щодо якої здійснюється провадження, законний представник потерпілого, цивільного позивача у кримінальному провадженні - про обставини, які стали їм відомі у зв'язку з виконанням функцій представника чи захисника;</p> <p>2) адвокати - про відомості, які становлять адвокатську таємницю;</p> <p>3) нотаріуси - про відомості, які становлять нотаріальну таємницю;</p> <p>4) медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя особи - про відомості, які становлять лікарську таємницю;</p> <p>5) священнослужителі - про відомості, одержані ними на сповіді віруючих;</p> <p>6) журналісти - про відомості, які містять конфіденційну інформацію професійного характеру, надану за умови</p>	<p>інтимну і сімейну сторони життя особи - про відомості, які становлять лікарську таємницю (медичний свідоцький імунітет). Особа звільняється від обов'язку дотримуватися вимог збереження лікарської таємниці, якщо це створює загрозу вимогам національної безпеки, безпеки людей та громадської безпеки»</p>	<p>1) захисник, представник потерпілого, цивільного позивача, цивільного відповідача, юридичної особи, щодо якої здійснюється провадження, законний представник потерпілого, цивільного позивача у кримінальному провадженні - про обставини, які стали їм відомі у зв'язку з виконанням функцій представника чи захисника;</p> <p>2) адвокати - про відомості, які становлять адвокатську таємницю;</p> <p>3) нотаріуси - про відомості, які становлять нотаріальну таємницю;</p> <p>4) <i>медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя особи - про відомості, які становлять лікарську таємницю (медичний свідоцький імунітет). Особа звільняється від обов'язку дотримуватися вимог збереження лікарської таємниці, якщо це створює загрозу вимогам національної безпеки,</i></p>
--	--	--

<p>нерозголошення авторства або джерела інформації;</p> <p>7) судді та присяжні - про обставини обговорення в нарадчій кімнаті питань, що виникли під час ухвалення судового рішення, за винятком випадків кримінального провадження щодо прийняття суддею (суддями) завідомо неправосудного вироку, ухвали;</p> <p>8) особи, які брали участь в укладенні та виконанні угоди про примирення в кримінальному провадженні, - про обставини, які стали їм відомі у зв'язку з участю в укладенні та виконанні угоди про примирення;</p> <p>9) особи, до яких застосовані заходи безпеки, - щодо дійсних даних про їх особи;</p> <p>10) особи, які мають відомості про дійсні дані про осіб, до яких застосовані заходи безпеки, - щодо цих даних;</p> <p>11) експерти - щодо роз'яснення наданих ними висновків.</p> <p>3. Особи, передбачені <a href="#">пунктами 1-5 частини другої</a> цієї статті, з приводу зазначених довірених відомостей</p>	<p><i>безпеки людей та громадської безпеки;</i></p> <p>5) священнослужителі - про відомості, одержані ними на сповіді віруючих;</p> <p>6) журналісти - про відомості, які містять конфіденційну інформацію професійного характеру, надану за умови нерозголошення авторства або джерела інформації;</p> <p>7) судді та присяжні - про обставини обговорення в нарадчій кімнаті питань, що виникли під час ухвалення судового рішення, за винятком випадків кримінального провадження щодо прийняття суддею (суддями) завідомо неправосудного вироку, ухвали;</p> <p>8) особи, які брали участь в укладенні та виконанні угоди про примирення в кримінальному провадженні, - про обставини, які стали їм відомі у зв'язку з участю в укладенні та виконанні угоди про примирення;</p> <p>9) особи, до яких застосовані заходи безпеки, - щодо дійсних даних про їх особи;</p> <p>10) особи, які мають відомості про дійсні дані</p>
---	--

<p>можуть бути звільнені від обов'язку зберігати професійну таємницю особою, що довірила їм ці відомості, у визначеному нею обсязі. Таке звільнення здійснюється у письмовій формі за підписом особи, що довірила зазначені відомості.</p> <p>4. Не можуть без їх згоди бути допитані як свідки особи, які мають право дипломатичної недоторканності, а також працівники дипломатичних представництв - без згоди представника дипломатичної установи.</p> <p>Слідчий, прокурор, слідчий суддя, суд перед допитом осіб, зазначених в абзаці першому цієї частини, зобов'язані роз'яснити їм право відмовитися давати показання.</p>		<p>про осіб, до яких застосовані заходи безпеки, - щодо цих даних;</p> <p>11) експерти - щодо роз'яснення наданих ними висновків.</p> <p>3. Особи, передбачені <a href="#">пунктами 1-5 частини другої</a> цієї статті, з приводу зазначених довірених відомостей можуть бути звільнені від обов'язку зберігати професійну таємницю особою, що довірила їм ці відомості, у визначеному нею обсязі. Таке звільнення здійснюється у письмовій формі за підписом особи, що довірила зазначені відомості.</p> <p>4. Не можуть без їх згоди бути допитані як свідки особи, які мають право дипломатичної недоторканності, а також працівники дипломатичних представництв - без згоди представника дипломатичної установи.</p> <p>Слідчий, прокурор, слідчий суддя, суд перед допитом осіб, зазначених в абзаці першому цієї частини, зобов'язані роз'яснити їм право відмовитися давати показання.</p>
<p><b>Про екстренну медичну допомогу: Закон України від 5 липня 2012 року № 5081-VI (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 30, ст.340)</b></p>		

<p><b>Стаття 1. Визначення термінів</b></p> <p>1. У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні:</p> <p>1) бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги - стругтурна одиниця станції екстреної (швидкої) медичної допомоги або центру екстреної медичної допомоги та медичини катастроф, завданням якої є надання екстреної медичної допомоги людині у невідкладному стані безпосередньо на місці події та під час перевезення такої людини до закладу охорони здоров'я відповідно до цього Закону;</p> <p>2) виклик екстреної медичної допомоги - повідомлення про невідкладний стан людини і місце події та/або звернення про необхідність надання екстреної медичної допомоги за єдиним телефонним номером екстреної допомоги 103 чи за єдиним номером екстреної допомоги 112; населенню 112;</p> <p>3) відлієння (невідкладної) екстреної медичної допомоги - стругтурний</p>	<p>Доповнити статтю 1 пунктом 6-1 такого змісту:</p> <p>«медичний порятунок медичний порятунок - діяльність, що має надаватися не лише за місцем знаходження проживання) (перевування) пацієнта; в амбулаторних умовах; в умовах денного стаціонару; у стаціонарних умовах, але і в інших умовах, що створюють загрозу безпеці здоров'я особи, зокрема, в умовах воєнного стану на території ведення бою, суміжних територіях тощо»</p>	<p><b>Стаття 1. Визначення термінів</b></p> <p>1. У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються в такому значенні:</p> <p>1) бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги - стругтурна одиниця станції екстреної (швидкої) медичної допомоги або центру екстреної медичної допомоги та медичини катастроф, завданням якої є надання екстреної медичної допомоги людині у невідкладному стані безпосередньо на місці події та під час перевезення такої людини до закладу охорони здоров'я відповідно до цього Закону;</p> <p>2) виклик екстреної медичної допомоги - повідомлення про невідкладний стан людини і місце події та/або звернення про необхідність надання екстреної медичної допомоги за єдиним номером екстреної допомоги 103 чи за єдиним номером екстреної допомоги 112; населенню 112;</p> <p>3) відлієння екстреної медичної допомоги - стругтурний</p>
---	---	---

<p>підрозділ багатопрофільної лікарні, в якому у цілодобовому режимі забезпечується надання екстреної медичної допомоги;</p> <p>4) домедична допомога - невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи;</p> <p>5) екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до цього Закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у</p>		<p>медичної допомоги - структурний підрозділ багатопрофільної лікарні, в якому у цілодобовому режимі забезпечується надання екстреної медичної допомоги;</p> <p>4) домедична допомога - невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи;</p> <p>5) екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до цього Закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження</p>
--	--	---

<p>життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я;</p> <p>6) місце події - територія, приміщення або будь-яке інше місце знаходження людини у невідкладному стані на момент здійснення виклику екстреної допомоги;</p> <p>6-1) медичний порятунок - діяльність, що має надаватися не лише за місцем знаходження, прояснення (передування) пацієнта; в амбулаторних умовах; в умовах стаціонару; у стаціонарних умовах, але і в інших умовах, що створюють загрозу безпеці здоров'я особи, зокрема, в умовах воєнного стану на території ведення бою, <i>територіях суміжних територій</i>;</p> <p>7) невідкладний стан людини - ратове підприємня фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок</p>		<p>невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я;</p> <p>6) місце події - територія, приміщення або будь-яке інше місце знаходження людини у невідкладному стані на момент здійснення виклику екстреної допомоги;</p> <p>7) невідкладний стан людини - ратове підприємня фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин;</p> <p>8) пункт постійного базування бригади екстреної допомоги - місце розташування бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги та спеціалізованого санітарного транспорту, пристосоване та обладнане для її роботи у цілодобовому режимі;</p> <p>9) пункт тимчасового базування бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги - місце тимчасового перебування бригади екстреної</p>
--	--	--



		<p>ситуацій та ліквідації їх наслідків;</p> <p>11) спеціалізований санітарний транспорт - оснащений спеціальними світловими і звуковими сигнальними пристроями транспортний засіб, призначений для перевезення людини у невідкладному стані та обладнаний для надання екстреної медичної допомоги або призначений для перевезення анатомічних матеріалів людини, які застосовуються для трансплантації.</p>
<p><b>Про запобігання корупції: Закон України від 14 жовтня 2014 року № 1700-VII (Відомості Верховної Ради. 2014. № 49. Ст.2056)</b></p>		
<p><b>Стаття 3.</b> Суб'єкти, на яких поширюється дія цього Закону</p> <p>1. Суб'єктами, на яких поширюється дія цього Закону, є:</p> <p>1) особи, уповноважені на виконання функцій держави або місцевого самоврядування:</p> <p>а) Президент України, Голова Верховної Ради України, його Перший заступник та заступник, Прем'єр-міністр України, Перший віце-прем'єр-міністр України, віце-прем'єр-міністри України, міністри, інші керівники центральних органів виконавчої влади, які не</p>	<p>Доповнити частину 1 статті 3 пунктом «л» такого змісту:</p> <p>л) медичні працівники, та інші особи, уповноважені на надання екстреної медичної допомоги та медичного порятунку.</p>	<p><b>Стаття 3.</b> Суб'єкти, на яких поширюється дія цього Закону</p> <p>1. Суб'єктами, на яких поширюється дія цього Закону, є:</p> <p>1) особи, уповноважені на виконання функцій держави або місцевого самоврядування:</p> <p>а) Президент України, Голова Верховної Ради України, його Перший заступник та заступник, Прем'єр-міністр України, Перший віце-прем'єр-міністр України, віце-прем'єр-міністри України, міністри, інші керівники центральних органів</p>

<p>входять до складу Кабінету Міністрів України, та їх заступники, Голова Служби безпеки України, Генеральний прокурор, Голова Національного банку України, його перший заступник та заступник, Голова та інші члени Рахункової палати, Уповноважений Верховної Ради України з прав людини, Уповноважений із захисту державної мови, Голова Верховної Ради Автономної Республіки Крим, Голова Ради міністрів Автономної Республіки Крим;</p> <p>б) народні депутати України, депутати Верховної Ради Автономної Республіки Крим, депутати місцевих рад, сільські, селищні, міські голови;</p> <p>в) державні службовці, посадові особи місцевого самоврядування;</p> <p>г) військові посадові особи Збройних Сил України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України та інших утворених відповідно до законів військових формувань, крім військовослужбовців строкової військової служби, курсантів вищих військових навчальних закладів, курсантів вищих</p>		<p>виконавчої влади, які не входять до складу Кабінету Міністрів України, та їх заступники, Голова Служби безпеки України, Генеральний прокурор, Голова Національного банку України, його перший заступник та заступник, Голова та інші члени Рахункової палати, Уповноважений Верховної Ради України з прав людини, Уповноважений із захисту державної мови, Голова Верховної Ради Автономної Республіки Крим, Голова Ради міністрів Автономної Республіки Крим;</p> <p>б) народні депутати України, депутати Верховної Ради Автономної Республіки Крим, депутати місцевих рад, сільські, селищні, міські голови;</p> <p>в) державні службовці, посадові особи місцевого самоврядування;</p> <p>г) військові посадові особи Збройних Сил України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України та інших утворених відповідно до законів військових формувань, крім військовослужбовців строкової військової</p>
--	--	---

<p>навчальних закладів, які мають у своєму складі військові інститути, курсантів факультетів, кафедр та відділень військової підготовки;</p> <p>г) судді, судді Конституційного Суду України, Голова, заступник Голови, члени, інспектори Вищої ради правосуддя, посадові особи секретаріату Вищої ради правосуддя, Голова, заступник Голови, члени, інспектори Вищої кваліфікаційної комісії суддів України, посадові особи секретаріату цієї Комісії, посадові особи Державної судової адміністрації України, присяжні (під час виконання ними обов'язків у суді);</p> <p>д) особи рядового і начальницького складу державної кримінально-виконавчої служби, особи начальницького складу служби цивільного захисту, Державного бюро розслідувань, Національного антикорупційного бюро України, особи, які мають спеціальні звання Бюро економічної безпеки України;</p> <p>е) посадові та службові особи органів прокуратури, Служби безпеки України,</p>		<p>служби, курсантів вищих військових навчальних закладів, курсантів вищих навчальних закладів, які мають у своєму складі військові інститути, курсантів факультетів, кафедр та відділень військової підготовки;</p> <p>г) судді, судді Конституційного Суду України, Голова, заступник Голови, члени, інспектори Вищої ради правосуддя, посадові особи секретаріату Вищої ради правосуддя, Голова, заступник Голови, члени, інспектори Вищої кваліфікаційної комісії суддів України, посадові особи секретаріату цієї Комісії, посадові особи Державної судової адміністрації України, присяжні (під час виконання ними обов'язків у суді);</p> <p>д) особи рядового і начальницького складу державної кримінально-виконавчої служби, особи начальницького складу служби цивільного захисту, Державного бюро розслідувань, Національного антикорупційного бюро України, особи, які мають спеціальні звання Бюро економічної безпеки України;</p>
---	--	---

<p>та посадові особи органів прокуратури, Служби безпеки України, Державного бюро розслідувань, Національного антикорупційного бюро України, Бюро економічної безпеки України, дипломатичної служби, державної лісової охорони, державної охорони природно-заповідного фонду, центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику, і податкову політику, центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну митну політику;</p> <p>є) Голова, заступник Голови Національного агентства з питань запобігання корупції;</p> <p>ж) члени Центральної виборчої комісії;</p> <p>з) поліцейські;</p> <p>и) посадові та службові особи інших державних органів, у тому числі Фонду соціального страхування України та Пенсійного фонду, органів влади Автономної Республіки Крим;</p> <p>і) члени державних колегіальних органів, у тому числі уповноважені з розгляду скарг про порушення законодавства у сфері публічних закупівель;</p>		<p>Державного бюро розслідувань, Національного антикорупційного бюро України, Бюро економічної безпеки України, дипломатичної служби, державної лісової охорони, державної охорони природно-заповідного фонду, центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну митну політику;</p> <p>є) Голова, заступник Голови Національного агентства з питань запобігання корупції;</p> <p>ж) члени Центральної виборчої комісії;</p> <p>з) поліцейські;</p> <p>и) посадові та службові особи інших державних органів, у тому числі Фонду соціального страхування України та Пенсійного фонду, органів влади Автономної Республіки Крим;</p> <p>і) члени державних колегіальних органів, у тому числі уповноважені з розгляду скарг про порушення законодавства у сфері публічних закупівель;</p>
---	--	---

<p>ї) Керівник Офісу Президента України, його Перший заступник та заступники, уповноважені, прес-секретар Президента України;</p> <p>й) Секретар Ради національної безпеки і оборони України, його помічники, радники, помічники, радники Президента України (крім осіб, посади яких належать до патронатної служби та які обіймають їх на громадських засадах);</p> <p>к) члени правління Фонду соціального страхування України, Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття, Пенсійного фонду, Наглядової ради Пенсійного фонду;</p>		<p>порушення законодавства у сфері публічних закупівель;</p> <p>ї) Керівник Офісу Президента України, його Перший заступник та заступники, уповноважені, прес-секретар Президента України;</p> <p>й) Секретар Ради національної безпеки і оборони України, його помічники, радники, помічники, радники Президента України (крім осіб, посади яких належать до патронатної служби та які обіймають їх на громадських засадах);</p> <p>к) члени правління Фонду соціального страхування України, Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття, Пенсійного фонду, Наглядової ради Пенсійного фонду;</p> <p><i>л) медичні працівники, та інші особи, уповноважені на надання екстренної медичної допомоги та медичного порятунку.</i></p>
---	--	---

## ДОДАТОК В

**Акт впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Князевича Н.В. у діяльність Міністерства охорони здоров'я України****АКТ****впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Князевича Н.В. у законотворчу діяльність**

Комісія у складі:

Убогов С.Г., начальник Управління медичних кадрів, освіти і науки МОЗ України, Никончук О.В., завідувач сектору з медичної науки Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Бомко М.О., головний спеціаліст відділу з координації медичних кадрів Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Щербина Л.В., головний спеціаліст відділу з розвитку медичної освіти Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Олексіна Н.В., головний спеціаліст відділу з розвитку медичної освіти Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Жмакова О.Л., головний спеціаліст відділу з розвитку медичної освіти Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України, Підгорний Б.М., головний спеціаліст сектору з медичної науки Управління медичних кадрів освіти і науки МОЗ України

склала цей акт з приводу того, що комісією 10 лютого 2023 року розглянуто результати дисертаційного дослідження аспіранта кафедри службового та медичного права Інституту права Київського національного університету імені Тараса Шевченка, юрисконсульта громадської організації «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» Князевича Назара Васильовича на тему: «Адміністративно-правовий статус медичних працівників в Україні», поданого на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 081 «Право» галузі знань 08 «Право».

Комісія вважає, що представлені пропозиції, отримані на основі проведеного комплексного дисертаційного дослідження, мають необхідну теоретичну і практичну цінність для регулювання професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, є актуальними та будуть використані при опрацюванні законопроекту «Про самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні», розробленого Міністерством охорони здоров'я України.

Начальник Управління  
медичних кадрів, освіти і науки  
Міністерства охорони здоров'я України



Сергій УБОГОВ

## Довідка про впровадження результатів дисертаційного дослідження у законодавчу діяльність



### НАРОДНИЙ ДЕПУТАТ УКРАЇНИ ЗУБ ВАЛЕРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ

вул. Грушевського, 5, м. Київ, 01008

тел. (044)-255-91-68

e-mail: [zub-v@rada.gov.ua](mailto:zub-v@rada.gov.ua)

14.06.2023 р. № 404

На \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

**Князевичу Н.В.**

#### Довідка про впровадження результатів дисертаційного дослідження аспіранта Князевича Назара Васильовича

Матеріали дисертаційного дослідження Князевича Назара Васильовича на тему: «Адміністративно-правовий статус медичних працівників в Україні» можуть бути використані при підготовці та опрацюванні проектів змін до таких нормативно-правових актів державного рівня, як:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я (Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII);
2. Кримінально-процесуальний кодекс України (Закон України від 13 квітня 2012 року № 4651-VI);
3. Закон України від 05 липня 2012 року № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу»;
4. Закон України від 14 жовтня 2014 року № 1700-VII «Про запобігання корупції».

**З повагою**

Народний депутат України  
Голова підкомітету з питань  
профілактики та боротьби  
з онкологічними захворюваннями

**Валерій ЗУБ**