

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ДЕРЖАВИ І ПРАВА імені В. М. Корецького

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ГАРАЄВА ЗОХРА ЕЛЬБРУСІВНА

УДК 34.01:342.7:614.2

ДИСЕРТАЦІЯ

**ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПРАВА ПАЦІЄНТА НА ОТРИМАННЯ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Спеціальність 08 – Право

081 – Право

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

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

Науковий керівник – **Наталія Миколаївна Оніщенко**, доктор юридичних наук, професор, Заслужений юрист України, академік НАПрН України

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Гарасва З. Е. Теоретико-правові засади права пацієнта на отримання медичної допомоги. – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 081 – Право. – Інститут держави і права імені В. М. Корецького Національної академії наук України. – Київ, 2026.

У дисертації здійснено комплексне дослідження теоретико-правових засад права пацієнта на отримання медичної допомоги як самостійного, багаторівневого й динамічного феномена сучасної правової реальності. Робота присвячена з'ясуванню природи права пацієнта на медичну допомогу, його місця в системі прав людини, особливостей правового регулювання у сфері охорони здоров'я, а також механізмів його забезпечення, реалізації та захисту в умовах реформування національної системи охорони здоров'я, цифровізації, воєнного стану та євроінтеграційних процесів. Актуальність теми обґрунтовується тим, що право на медичну допомогу належить до фундаментальних соціальних прав людини, закріплених як у міжнародно-правових актах, так і в Конституції України, однак між його нормативним визнанням і реальною можливістю ефективної реалізації в Україні досі зберігається істотний розрив.

У роботі доведено, що право пацієнта на отримання медичної допомоги має складну міжгалузеву природу і не може розглядатися винятково як елемент галузевого медичного права. Воно перебуває на перетині теорії держави і права, конституційного, цивільного, адміністративного, інформаційного та міжнародного права, а також безпосередньо пов'язане з правом на життя, правом на охорону здоров'я, правом на людську гідність, правом на приватність, правом на інформацію та правом на ефективний юридичний захист. Обґрунтовано, що сучасне розуміння цього права повинно виходити з пацієнтоцентричної моделі, в межах якої пацієнт є не пасивним об'єктом медичного втручання, а повноправним суб'єктом правовідносин, наділеним правом на вибір лікаря та методу лікування,

інформовану згоду, відмову від медичного втручання, конфіденційність, безпеку, якість та доступність медичної допомоги.

Перший розділ «Право пацієнта на отримання медичної допомоги: історіографічні та методологічні аспекти» присвячений дослідженню гносеологічних засад, філософських та етико-правових підвалин, а також поняття та природи правового регулювання права пацієнта на отримання медичної допомоги. У межах цього розділу здійснено ґрунтовний історико-правовий аналіз еволюції права на медичну допомогу, починаючи від звичаєвих та релігійно-моральних форм медичної практики в Давньоруській державі, через античні засади медичної етики, середньовічний синтез медичних знань, литовсько-польський та козацький періоди, до формування державних систем охорони здоров'я. Філософське обґрунтування спирається на дискурс між егалітарним (Дж. Ролз) та лібертаріанським (Р. Нозік) підходами до справедливого розподілу обмежених медичних ресурсів та концепцію чотирьох принципів біоетики – автономії, незаподіяння шкоди, благодійності та справедливості.

У другому розділі «Механізм забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги» досліджено механізм забезпечення даного права як цілісну систему медико-правових норм, юридичних фактів, правовідносин, інституцій та правозахисних інструментів. Проаналізовано системно-структурні елементи цього механізму та нормативно-інституційну модель забезпечення права пацієнта на медичну допомогу в Україні, зокрема роль конституційних положень (статті 3, 27, 28, 49 Конституції України), Основ законодавства України про охорону здоров'я, Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 2017 року, а також Програми медичних гарантій, механізму фінансування через НСЗУ, інституту вільного вибору лікаря, інформованої згоди та Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ). У розділі визначено системні виклики реалізації права на медичну допомогу – нерівномірний територіальний доступ до медичних послуг, недостатній рівень фінансування, низький рівень правової культури, формальний підхід до стандартів якості та відсутність ефективних юрисдикційних механізмів захисту прав пацієнтів.

Третій розділ «Стандарти розвитку права пацієнта на медичну допомогу: порівняльно-правовий аспект» присвячений порівняльно-правовому аналізу європейських моделей гарантування права пацієнтів, дослідженню структури механізму забезпечення права пацієнта в країнах ЄС, а також формулюванню шляхів удосконалення національного механізму у контексті євроінтеграційних процесів. Проаналізовано моделі медичного страхування Бісмарка та Беверіджа, механізми реімбурсації та корпоративного самоуправління на прикладах Німеччини, Франції, Польщі та Словаччини, а також обґрунтовано необхідність гармонізації українського законодавства з *acquis communautaire* ЄС.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що дисертація є одним із перших у вітчизняній теорії держави і права комплексних, системних і міждисциплінарних досліджень, у яких на основі інтеграції філософсько-правових, історичних, нормативних та євроінтеграційних підходів розроблено новітню концепцію механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги в умовах сучасних викликів.

Обґрунтовано, що право пацієнта на отримання медичної допомоги охоплює нормативно-правові, організаційно-інституційні, економічні, процесуальні, інформаційні, цифрові та міжнародно-правові засоби забезпечення. При цьому нормативні – формують юридичний каркас даного права, організаційно-інституційні – визначають суб'єктів його забезпечення, економічні – гарантують ресурсну спроможність системи, процесуальні – забезпечують передбачуваність і правову визначеність реалізації права, інформаційні та цифрові гарантії – відповідають за доступ пацієнта до відомостей, сервісів і процедур, а міжнародно-правові стандарти задають орієнтир для розвитку національного законодавства та практики його застосування.

Доведено, що механізм забезпечення права пацієнта на медичну допомогу являє собою цілісну, динамічну систему нормативно-правових, інституційно-організаційних, технологічних та соціально-психологічних засобів, що функціонують у напрямі досягнення конкретного правового результату –

безперешкодного здійснення пацієнтом свого конституційного права на охорону здоров'я. Ефективність механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги залежить не лише від досконалості правових норм, а й від рівня правосвідомості, правової культури, довіри до медичних інституцій та ефективності контрольних і цифрових засобів. Усі елементи механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу перебувають у діалектичному взаємозв'язку і функціонують винятково у нерозривній єдності з інституційним та гарантійним середовищем, що робить цей механізм здатним долати правові та організаційні перешкоди на шляху до задоволення інтересів суб'єктів права.

Встановлено, що структурними елементами механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу є: медико-правові норми комплексного міжгалузевого характеру; юридичні факти та фактичні склади, що активують правовідносини (зокрема, інформована згода як особливий правоутворюючий факт); правовідносини у сфері надання медичної допомоги з їхнім специфічним суб'єктним складом і комбінованою публічно-приватноправовою природою; акти реалізації суб'єктивних прав і обов'язків у формах використання, виконання та дотримання; факультативні акти застосування права; система гарантій (економічних, організаційно-політичних, юридичних); інституційно-правовий компонент. При цьому оптимальним є застосування інтеграційного підходу, який поєднує нормативно-правову та інституційно-правову складові даного механізму з системою гарантій забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги, оскільки лише їх сукупна узгодженість забезпечує реальний доступ пацієнта до якісної допомоги.

З'ясовано, що нормативно-інституційна модель забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги в Україні представляє собою ієрархічну систему чотирьох взаємопов'язаних рівнів: конституційного, законодавчого, підзаконного та міжнародно-правового. Аксиологічний фундамент даної системи формується нормами Конституції України (ст. 3, 28, 49), які отримують свою розгорнуту регламентацію у базовому Законі «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та спеціальному законодавстві, а

практичний інструментарій розкривається через розгалужену систему наказів МОЗ та постанов Кабінету Міністрів України, що регулюють питання стандартизації, маршрутизації та ліцензування.

Обґрунтовано, що механізм забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги в країнах ЄС представляє собою комплексну систему, що виходить за межі традиційного правового регулювання і включає низку взаємопов'язаних блоків. До таких структурних елементів віднесено: аксіологічно-засадничий блок, який задає ціннісні орієнтири; нормативний блок, що формує юридичну основу на наднаціональному та національному рівнях; інституційний блок, відповідальний за організаційну спроможність; процедурний блок, через який реалізується можливість вибору; матеріально-фінансовий блок, що робить доступ реалістичним; інформаційно-цифровий блок; контрольний та юрисдикційний блок; кризовий і спеціальний блок; та антикорупційний блок, який охороняє інфраструктуру від розкрадання.

Доведено, що у контексті сучасного розвитку правової системи України методологічно коректним підходом є не просте механічне запозичення окремих інституційних рішень зарубіжних країн, а глибока системна гармонізація національного законодавства з європейськими стандартами прав людини та *acquis communautaire*. Першочерговим завданням на цьому шляху визначено розробку та прийняття спеціального нормативно-правового акту – Закону України «Про права пацієнтів», який має закріпити вичерпний каталог прав пацієнтів, гармонізований із правом ЄС у цій сфері, а також формування інституційного механізму їх практичної реалізації.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що сформульовані в дисертації висновки та пропозиції можуть бути використані у правотворчій діяльності для вдосконалення законодавства України у сфері прав пацієнтів, у правозастосовній діяльності для посилення ефективності реалізації права на медичну допомогу та захисту порушених прав, у науково-дослідній сфері для подальшого розвитку медичного права, теорії прав людини та порівняльного

правознавства, а також в освітньому процесі під час викладання дисциплін, пов'язаних із медичним правом і правовим регулюванням охорони здоров'я.

Дисертація є завершеним, цілісним і концептуально насиченим дослідженням, у якому право пацієнта на отримання медичної допомоги осмислено не як вузькогалузеву юридичну категорію, а як багатовимірний правовий феномен, що перебуває на перетині гідності, свободи, соціальної справедливості, публічної відповідальності держави та сучасних технологічних трансформацій. Доведено, що ефективне гарантування права пацієнта можливе лише за умови системного поєднання належної нормативної бази, дієвих інституцій, справедливих фінансових механізмів, якісної цифрової інфраструктури, професійних стандартів, розвинених процедур захисту та внутрішньої орієнтації всієї системи охорони здоров'я на людину як її найвищу цінність.

Ключові слова: право пацієнта на медичну допомогу, охорона здоров'я, медичне право, права людини, правове регулювання, реалізація права, механізм забезпечення права, нормативно-правовий акт, правові норми, законодавство, інформована згода, медична реформа, цифровізація охорони здоров'я, транскордонна медична допомога, цифровізація, євроінтеграція європейські стандарти, верховенство права, Європейська хартія прав пацієнтів, юридичний захист прав пацієнта, гармонізація, воєнний стан.

ABSTRACT

Haraieva Z. E. Theoretical and Legal Foundations of the Patient's Right to Receive Medical Care. – *Qualification scientific work in the form of a manuscript.*

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 081 – Law. – V. M. Koretsky Institute of State and Law, NASU. – Kyiv, 2026.

The dissertation presents a comprehensive study of the theoretical and legal foundations of the patient's right to receive medical care as an independent, multilevel, and dynamic phenomenon of contemporary legal reality. The study is devoted to clarifying the nature of the patient's right to medical care, its place within the system of human rights, the specific features of legal regulation in the field of healthcare, as well as the mechanisms for its provision, implementation, and protection under conditions of reform of the national healthcare system, digitalization, martial law, and European integration processes. The relevance of the topic is substantiated by the fact that the right to medical care belongs to the fundamental social human rights enshrined both in international legal instruments and in the Constitution of Ukraine; however, a significant gap still remains in Ukraine between its normative recognition and the actual possibility of its effective implementation.

The dissertation demonstrates that the patient's right to receive medical care has a complex intersectoral nature and cannot be regarded solely as an element of branch-specific medical law. It lies at the intersection of the theory of state and law, constitutional, civil, administrative, information, and international law, and is also directly related to the right to life, the right to health protection, the right to human dignity, the right to privacy, the right to information, and the right to an effective legal remedy. It is substantiated that the modern understanding of this right should proceed from a patient-centered model, within which the patient is not a passive object of medical intervention, but a full-fledged subject of legal relations, vested with the right to choose a physician and a method of treatment, to give informed consent, to refuse medical intervention, and to confidentiality, safety, quality, and accessibility of medical care.

The first chapter, "The Patient's Right to Receive Medical Care: Historiographical and Methodological Aspects", is devoted to the study of the epistemological foundations, philosophical and ethical-legal underpinnings, as well as the concept and nature of the

legal regulation of the patient's right to receive medical care. Within this chapter, a thorough historical and legal analysis of the evolution of the right to medical care is carried out, beginning with customary and religious-moral forms of medical practice in the Kyivan Rus state, through the ancient foundations of medical ethics, the medieval synthesis of medical knowledge, the Lithuanian-Polish and Cossack periods, and up to the formation of state healthcare systems. The philosophical substantiation relies on the discourse between egalitarian (J. Rawls) and libertarian (R. Nozick) approaches to the fair distribution of limited medical resources, as well as on the concept of the four principles of bioethics – autonomy, non-maleficence, beneficence, and justice.

The second chapter, "The Mechanism for Ensuring the Patient's Right to Receive Medical Care", examines this mechanism as an integral system of medical-legal norms, legal facts, legal relations, institutions, and human-rights protection instruments. The systemic and structural elements of this mechanism and the normative-institutional model for ensuring the patient's right to medical care in Ukraine are analyzed, including the role of constitutional provisions (Articles 3, 27, 28, and 49 of the Constitution of Ukraine), the Fundamentals of Ukrainian Legislation on Healthcare, the Law of Ukraine "On State Financial Guarantees of Medical Services to the Population" of 2017, as well as the Medical Guarantees Program, the financing mechanism through the National Health Service of Ukraine (NHSU), the institution of free choice of physician, informed consent, and the Electronic Healthcare System (eHealth). The chapter identifies the systemic challenges to the implementation of the right to medical care – unequal territorial access to medical services, insufficient financing, a low level of legal culture, a formalistic approach to quality standards, and the absence of effective jurisdictional mechanisms for protecting patients' rights.

The third chapter "Standards for the Development of of the Patient's Right to Medical Care: A Comparative Legal Aspect", is devoted to a comparative legal analysis of European models for guaranteeing patients' rights, the study of the structure of the mechanism for ensuring patients' rights in EU countries, as well as the formulation of ways to improve the national mechanism in the context of European integration processes. The Bismarck and Beveridge models of medical insurance, reimbursement mechanisms, and corporate self-

governance are analyzed on the examples of Germany, France, Poland, and Slovakia, and the need to harmonize Ukrainian legislation with the EU *acquis communautaire* is substantiated.

The scientific novelty of the obtained results lies in the fact that the dissertation is one of the first comprehensive, systemic, and interdisciplinary studies in the domestic theory of state and law in which, on the basis of the integration of philosophical-legal, historical, normative, and European-integration approaches, a novel concept of the mechanism for ensuring the patient's right to receive medical care under contemporary challenges has been developed.

It is substantiated that the patient's right to receive medical care encompasses regulatory, organizational, institutional, economic, procedural, informational, digital, and international legal means of ensuring it. At the same time, regulatory ones form the legal framework of this right, organizational and institutional ones determine the subjects of its provision, economic ones guarantee the resource capacity of the system, procedural ones ensure predictability and legal certainty of the implementation of the right, informational and digital guarantees are responsible for the patient's access to information, services, and procedures, and international legal standards set a benchmark for the development of national legislation and the practice of its application.

It is proven that the mechanism for ensuring the patient's right to medical care is a holistic, dynamic system of regulatory, institutional, organizational, technological and socio-psychological means that function in the direction of achieving a specific legal result – the unhindered exercise by the patient of his constitutional right to health care. The effectiveness of the mechanism for ensuring the patient's right to receive medical care depends not only on the perfection of legal norms, but also on the level of legal awareness, legal culture, trust in medical institutions and the effectiveness of control and digital means. All elements of the mechanism for ensuring the patient's right to medical care are in a dialectical relationship and function exclusively in inextricable unity with the institutional and guarantee environment, which makes this mechanism capable of overcoming legal and organizational obstacles to satisfying the interests of legal subjects.

It has been established that the structural elements of the mechanism for ensuring the patient's right to medical care are: medical and legal norms of a complex

interdisciplinary nature; legal facts and factual structures that activate legal relations (in particular, informed consent as a special law-forming fact); legal relations in the field of providing medical care with their specific subject structure and combined public-private law nature; acts of exercising subjective rights and obligations in the forms of use, execution and compliance; optional acts of applying law; a system of guarantees (economic, organizational-political, legal); an institutional-legal component. In this case, it is optimal to use an integration approach that combines the regulatory and institutional-legal components of this mechanism with a system of guarantees for ensuring the patient's right to receive medical care, because only their combined consistency ensures the patient's real access to quality care.

It was found that the regulatory and institutional model of ensuring the patient's right to receive medical care in Ukraine is a hierarchical system of four interconnected levels: constitutional, legislative, by-laws and international law. The axiological foundation of this system is formed by the norms of the Constitution of Ukraine (Articles 3, 28, 49), which receive their detailed regulation in the basic Law "Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Health Care" and special legislation, and the practical tools are revealed through an extensive system of orders of the Ministry of Health and resolutions of the Cabinet of Ministers of Ukraine, which regulate issues of standardization, routing and licensing.

It is substantiated that the mechanism for ensuring the patient's right to receive medical care in the EU countries is a complex system that goes beyond traditional legal regulation and includes a number of interconnected blocks. Such structural elements include: an axiological-fundamental block that sets value guidelines; a normative block that forms the legal basis at the supranational and national levels; an institutional block responsible for organizational capacity; a procedural block through which the possibility of choice is realized; a material and financial block that makes access realistic; an information and digital block; a control and jurisdictional block; a crisis and special block; and an anti-corruption block that protects the infrastructure from theft.

It is proven that in the context of the modern development of the legal system of Ukraine, the methodologically correct approach is not a simple mechanical borrowing of

individual institutional decisions of foreign countries, but a deep systemic harmonization of national legislation with European human rights standards and the *acquis communautaire*. The primary task on this path is the development and adoption of a special regulatory legal act - the Law of Ukraine "On Patients' Rights", which should consolidate an exhaustive catalog of patients' rights, harmonized with EU law in this area, as well as the formation of an institutional mechanism for their practical implementation.

The practical significance of the obtained results lies in the fact that the conclusions and proposals formulated in the dissertation may be used in law-making activity to improve Ukrainian legislation in the field of guarantees and patients' rights; in law-enforcement activity to strengthen the effectiveness of the implementation of the right to medical care and the protection of violated rights; in research for the further development of medical law, human-rights theory, and comparative law; as well as in the educational process when teaching disciplines related to medical law and the legal regulation of healthcare.

The dissertation is a complete, integral, and conceptually rich study in which the patient's right to receive medical care is understood not as a narrow branch-specific legal category, but as a multidimensional legal phenomenon situated at the intersection of dignity, freedom, social justice, the public responsibility of the state, and contemporary technological transformations. It is proved that the effective guaranteeing of the patient's right is possible only provided there is a systemic combination of an adequate normative framework, effective institutions, fair financial mechanisms, high-quality digital infrastructure, professional standards, developed protection procedures, and the internal orientation of the entire healthcare system toward the individual as its highest value.

Key words: patient's right to medical care, healthcare, medical law, human rights, legal regulation, implementation of the right, mechanism for ensuring rights, regulatory act, legal norms, legislation, informed consent, medical reform, digitalization of healthcare, cross-border medical care, digitalization, European integration, European standards, rule of law, European Charter of Patients' Rights, legal protection of patient rights, harmonization, martial law.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у вітчизняних наукових фахових виданнях:

1. Гараєва З. Е. Гарантії права пацієнта на отримання медичної допомоги: порівняльно-правовий контекст. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. № 4 (18). С. 215–222. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-4\(18\)-215-222](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-4(18)-215-222)
2. Гараєва З. Е. Захист права на здоров'я соціально вразливих груп населення в Україні. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. № 12 (26). С. 227–235. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-12\(26\)-227-235](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-12(26)-227-235)
3. Гараєва З. Е. Еволюція концепції прав пацієнта: контекст системи медичних гарантій. *Національні інтереси України*. 2025. № 8 (13). С. 397–408. DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1793-2025-8\(13\)-397-408](https://doi.org/10.52058/3041-1793-2025-8(13)-397-408)
4. Юсіфова С., Гараєва З. Е. Правове регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я: гносеологічний підхід. *Альманах права*. 2026. Вип. 17. С. 654–663. DOI: <https://doi.org/10.33663/2524-017X-2026-17-654-663>

Статті у інших наукових виданнях виданнях:

1. Гараєва З. Е. Право пацієнта на інформовану згоду як ключовий елемент медичних гарантій. *Věda a perspektivy*. 2025. № 5 (48). С. 259–264. DOI: [https://doi.org/10.52058/2695-1592-2025-5\(48\)-259-264](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2025-5(48)-259-264)

Тези доповідей на науково-практичних конференціях:

2. Haraieva Z. E. Protection of the right to health in socially vulnerable population groups in Ukraine (forced immigrants). *Scientific Collection «InterConf» : proceedings of the 3rd Intern. sci. and pract. conf. «Recent Advances in Global Science» (Vilnius, Sept. 16–18, 2023)*. Vilnius : Vaiga, 2023. No. 170. P. 79–85. URL: <https://archive.interconf.center/index.php/conference-proceeding/article/view/4350>
3. Гараєва З. Е. Гарантії права пацієнта на отримання медичної допомоги: порівняльно-правовий контекст. *Сучасні аспекти модернізації науки:*

стан, проблеми, тенденції розвитку : матеріали XXIX Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Теплице, Чехія, 7 лют. 2023 р.). Київ : ВАДНД, 2023. С. 109–113. URL: <https://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-29.pdf>

4. Гараєва З. Е. Протидія дискримінації жінок з вразливих соціальних груп (із ВІЛ-позитивним статусом). *Захист соціально вразливих груп: міжнародний та національний виміри* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Київ, 19 жовт. 2023 р.) / НАН України, Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького, ГО «Інкубатор демократичних ініціатив». Київ : Академперіодика, 2023. С. 100–104. URL: <http://odnb.odessa.ua/vnn/book/15584>

5. Гараєва З. Е. Гносеологія захисту прав пацієнтів та еволюція даного питання в правовому контексті. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку* : матеріали XLV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Олександрополіс, Греція, 7 черв. 2024 р.). Київ : ВАДНД, 2024. С. 137–139. DOI: <https://doi.org/10.52058/45>. URL: <https://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-45.pdf>

6. Гараєва З. Е. Гарантії та реалізація прав пацієнта: правові аспекти та етика. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку* : матеріали LIII Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Кордова, Іспанія, 7 лют. 2025 р.). Київ : ВАДНД, 2025. С. 63–66. DOI: <https://doi.org/10.52058/53>. URL: <https://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-53.pdf>

ЗМІСТ

ВСТУП	16
 РОЗДІЛ 1 ПРАВО ПАЦІЄНТА НА ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ІСТОРИОГРАФІЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ... 26	
1.1 Історіографічні засади права пацієнта на отримання медичної допомоги.....	26
1.2 Методологічні основи права пацієнта на отримання медичної допомоги.....	49
1.3 Поняття та природа права пацієнта на отримання медичної допомоги	68
Висновки до Розділу 1	88
 РОЗДІЛ 2 МЕХАНІЗМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ПАЦІЄНТА НА ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	91
2.1 Правовий механізм забезпечення права пацієнта на медичну допомогу: поняття та ознаки	91
2.2 Структура механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги	108
2.3 Нормативно-інституційна модель забезпечення права пацієнта на медичну допомогу в Україні	124
Висновки до Розділу 2	143
 РОЗДІЛ 3 СТАНДАРТИ РОЗВИТКУ ПРАВА ПАЦІЄНТА НА ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПОРІВНЯЛЬНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ	145
3.1 Європейська модель забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги	145
3.2 Структура механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги в країнах ЄС	163
3.3 Перспективи удосконалення національного механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги у контексті євроінтеграційних процесів	182
Висновки до Розділу 3	197
 ВИСНОВКИ	199
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	206
ДОДАТКИ	241

ВСТУП

Актуальність теми. Право на медичну допомогу є невід'ємним складником системи фундаментальних прав людини, гарантованих як на міжнародному (ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права), так і на національному рівні (ст. 49 Конституції України). В умовах стрімкого розвитку медичних технологій та ускладнення суспільних відносин у сфері охорони здоров'я питання гарантії права пацієнта на отримання медичної допомоги набуває особливої актуальності як у правовій науці, так і у правозастосовній практиці.

Актуальність обраної теми зумовлена кількома взаємопов'язаними чинниками. По-перше, національна система охорони здоров'я перебуває у стані глибокої структурної та ціннісної трансформації – від патерналістської (державоцентричної) моделі до партисипаторної (пацієнтоцентричної) парадигми, у межах якої пацієнт визнається повноправним суб'єктом правовідносин із широким спектром прав: на свідомий вибір лікаря та методу лікування, на інформовану згоду, на конфіденційність, на доступ до інноваційних медичних технологій. Розпочата у 2017 році медична реформа, створення Національної служби здоров'я України та перехід до системи електронної охорони здоров'я (eHealth) суттєво змінюють правовий ландшафт відносин між пацієнтом, лікарем і державою, породжуючи нові виклики для забезпечення прав пацієнтів.

По-друге, в умовах воєнного стану проблеми доступу до якісної медичної допомоги загострилися: руйнування медичної інфраструктури, масове внутрішнє та зовнішнє переміщення населення, дефіцит кадрових і матеріальних ресурсів, а також стрімке зростання потреби у невідкладній, спеціалізованій допомозі та реабілітації виявили системні прогалини законодавства та правозастосовної практики. Це актуалізує розробку гнучких (кризових) правових інструментів, здатних забезпечити баланс між об'єктивними можливостями держави та непорушністю фундаментальних прав людини у сфері охорони здоров'я.

По-третє, зберігається значний розрив між нормативно-правовим закріпленням прав пацієнтів та їх реальним здійсненням. Попри наявність розгалуженого нормативного масиву (Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року, підзаконні акти), правозастосовна практика засвідчує непоодинокі випадки невиконання державних гарантій права на медичну допомогу, порушення прав пацієнтів на інформовану згоду, конфіденційність та вільний вибір лікаря. Цей розрив посилюється тим, що Україна досі не прийняла спеціального закону «Про права пацієнтів», хоча відповідні законопроекти неодноразово вносилися на розгляд Верховної Ради, України що залишається серйозною прогалиною правового регулювання.

По-четверте, набуття Україною статусу кандидата на членство в Європейському Союзі ставить перед національною правовою системою вимогу гармонізації медичного законодавства з *acquis communautaire* – зокрема, імплементації Європейської хартії прав пацієнтів, адаптації Директиви 2011/24/ЄС про застосування прав пацієнтів у транскордонній охороні здоров'я та створення правових передумов для ратифікації Конвенції Ов'єдо про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини. Інтеграція України у європейський медичний простір неможлива без переосмислення сутності соціального громадянства, подолання конституційної невідповідності та забезпечення рівного, недискримінаційного доступу до якісних медичних послуг.

Проблематика забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги перебуває на перетині загальної теорії держави і права, конституційного, цивільного, адміністративного та медичного права. Загальнотеоретичні засади дослідження прав людини, їх природи, еволюції та механізмів забезпечення розкрито у працях О. В. Зайчука, М. І. Козюбри, А. І. Коструби, Н. М. Оніщенко, О. В. Петришина, П. М. Рабіновича, Н. М. Пархоменко, Т. І. Тарахонич, О. Л. Богініч, О. Л. Львової, С. О. Сунегіна, Н. О. Клещенко, С. В. Бобровник, С. Д. Гусарева, Р. П. Луцького, Л. А. Луць та ін. Сучасну доктрину медичного права та правового статусу пацієнта сформовано у роботах С. Г. Стеценка, І. Я. Сенюти, З. С. Гладуна, Я. Ф. Радиша,

Р. А. Майданика, В. М. Пашкова, Ю. А. Козаченко, С. Б. Булеци, З. О. Мургуствої, О. В. Корнілової, Г. А. Миронової, В. М. Костюка та інших дослідників.

Серед зарубіжних дослідників у сфері забезпечення та захисту права на отримання медичної допомоги слід виокремити: Н. Аткінсон, Л. Еггертсон, А.Еріксен, Р. Нозік, С. Сапернштейн, Л. Фалберг, Ф. Шарпф та інші.

Водночас комплексне дослідження теоретико-правових засад права пацієнта на медичну допомогу в умовах сучасних трансформацій (медичної реформи за моделлю «гроші йдуть за пацієнтом», воєнного стану, цифровізації охорони здоров'я та євроінтеграції) залишається недостатньо розробленим, оскільки значна частина наявних праць була підготовлена до запровадження зазначених перетворень. Це актуалізує комплексний теоретико-правовий аналіз досліджуваної проблематики.

Нормативну основу дослідження становлять Конституція України, закони України та підзаконні нормативно-правові акти, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, права пацієнтів на отримання медичної допомоги, доступ до медичних послуг, захист персональних даних пацієнтів, безпеку та якість медичної допомоги, а також розвиток електронної медицини і цифрових технологій у сфері охорони здоров'я.

Емпіричну базу дисертаційного дослідження складають рішення Конституційного Суду України, Верховного Суду та судів загальної юрисдикції, практика Європейського суду з прав людини щодо забезпечення прав на медичну допомогу, а також документи Організації Об'єднаних Націй, Ради Європи та інших міжнародних організацій, які визначають стандарти захисту прав пацієнтів і їх доступу до медичних послуг.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана в межах планових науково-дослідних тем Інституту держави і права імені В. М. Корецького НАН України: «Оптимізація правотворчої діяльності: теоретико-прикладні засади» (номер державної реєстрації: РК0121U114449), «Реалізація права: сучасний теоретико-методологічний концепт» (номер державної реєстрації: 0124U004586).

Мета і завдання дослідження. *Мета* дисертаційної роботи полягає у комплексному дослідженні теоретико-правових засад права пацієнта на отримання медичної допомоги.

Досягнення поставленої мети зумовило необхідність вирішення таких основних завдань:

– розкрити генезис права пацієнта на отримання медичної допомоги та простежити еволюцію уявлень про медичну допомогу в контексті історичної ретроспективи;

– з'ясувати методологічні засади дослідження права пацієнта на отримання медичної допомоги;

– визначити поняття та юридичну природу права пацієнта на отримання медичної допомоги;

– охарактеризувати механізм забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги;

– проаналізувати структуру механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги;

– дослідити нормативно-інституційну модель забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги в Україні;

– визначити особливості європейської моделі забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги;

– з'ясувати структурні особливості механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги в країнах ЄС;

– сформулювати перспективи удосконалення національного механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги у контексті євроінтеграційних процесів.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у процесі реалізації, забезпечення та захисту права пацієнта на отримання медичної допомоги.

Предметом дослідження є теоретико-правові засади права пацієнта на отримання медичної допомоги.

Методи дослідження. Методологічною основою дисертаційного дослідження є сукупність сучасних загальнонаукових і спеціально-юридичних методів та прийомів наукового пізнання, що забезпечили комплексний аналіз теоретико-правових засад права пацієнта на отримання медичної допомоги. Вибір методів зумовлений особливостями предмета, метою та завданнями дослідження.

У роботі застосовано *діалектичний метод*, який дозволив розглядати право пацієнта на медичну допомогу як динамічне правове явище, що розвивається під впливом соціальних, політичних і правових трансформацій, а також дослідити взаємозв'язок між правами пацієнта та обов'язками держави щодо їх забезпечення (підрозділи 1.1–1.3, 2.1–2.3, 3.1–3.3). *Системно-структурний метод* надав можливість дослідити механізми забезпечення прав пацієнта як цілісної системи взаємопов'язаних елементів – нормативно-правових засад, інституційного забезпечення, організаційних та процесуальних механізмів гарантування прав (підрозділи 2.1–2.3). *Історичний метод* використано для аналізу генезису та еволюції права пацієнта на отримання медичної допомоги (підрозділ 1.1). *Метод аналізу і синтезу* застосовано під час вивчення наукових джерел, нормативно-правових актів та практики їх застосування з метою виокремлення структурних елементів правового статусу пацієнта та подальшого узагальнення одержаних результатів (підрозділи 1.1–1.3, 2.1–2.3, 3.1–3.3). *Методи індукції та дедукції* дали змогу формулювати загальні теоретичні висновки на основі аналізу конкретних правових норм і практичних прикладів, а також перевіряти загальні положення на основі їх практичного прояву (підрозділи 2.2–3.3).

Серед спеціально-юридичних методів використано *формально-юридичний (догматичний) метод*, який застосовувався для аналізу норм Конституції України, Основ законодавства України про охорону здоров'я, Цивільного кодексу України, міжнародно-правових актів у сфері прав пацієнтів, а також для виявлення прогалин і колізій у правовому регулюванні (підрозділи 2.1–2.3, 3.3). *Порівняльно-правовий метод* дав змогу дослідити законодавство та практику забезпечення прав пацієнтів у країнах Європейського Союзу та зіставити їх із національною моделлю правового регулювання, що дозволило визначити

напрями гармонізації українського законодавства з європейськими стандартами (підрозділи 3.1–3.3). *Герменевтичний метод* застосовано для інтерпретації положень нормативно-правових актів, а також рішень Європейського суду з прав людини і Конституційного Суду України, які стосуються права на медичну допомогу (підрозділи 2.1, 3.1, 3.2). *Телеологічний метод* використано для з'ясування мети та призначення правових норм, що регулюють відносини у сфері медичної допомоги, а також для визначення аксіологічного змісту права пацієнта на отримання медичної допомоги (підрозділи 1.2, 1.3). *Метод правового моделювання* застосовано для формулювання пропозицій щодо вдосконалення національного законодавства у сфері забезпечення прав пацієнтів та розвитку інституційних механізмів їх захисту (підрозділ 3.3). *Статистичний метод* використано для аналізу емпіричних даних щодо стану забезпечення прав пацієнтів та функціонування системи охорони здоров'я в Україні (підрозділи 2.3, 3.3).

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що дисертація є одним із перших у вітчизняній теорії держави і права комплексним, системним та міждисциплінарним дослідженням, у якому на основі інтеграції філософсько-правових, історичних, нормативних та євроінтеграційних підходів розроблено концептуальні засади забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги в умовах сучасних викликів (воєнного стану, цифровізації та транскордонної мобільності). Зокрема в дисертації:

уперше:

- запропоновано теоретико-правову будову механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги, що охоплює такі функціонально інтегровані блоки: аксіологічно-засадничий, нормативний, інституційний, процедурний, матеріально-фінансовий, інформаційно-цифровий, контрольний, юрисдикційний, а також кризовий і антикорупційний блоки;
- обґрунтовано необхідність переходу від територіально орієнтованої до пацієнтоцентричної (портативної) моделі реалізації права пацієнта на медичну допомогу, у межах якої право не прив'язується до місця проживання або реєстрації

особи та реалізується незалежно від місця її перебування – як в умовах внутрішнього переміщення, так і в умовах транскордонної міграції;

– запропоновано та теоретично обґрунтовано модель «кваліфікованої медіації» як обов’язкового досудового елемента юрисдикційного механізму захисту прав пацієнтів, що передбачає залучення кваліфікованих медіаторів, які мають спеціальні знання у сфері медичного права (за прикладом бельгійської та французької моделей), у поєднанні з наданням пацієнту безоплатної правової допомоги з метою усунення процесуальної нерівності сторін та забезпечення оперативного позасудового відновлення порушених прав;

– сформульовано авторську теоретико-правову конструкцію дуалістичної сутності права пацієнта на медичну допомогу в умовах цифровізації (коли цифрове здоров’я постає як самостійний об’єкт права) та обґрунтовано, що сучасне право на медичну допомогу невід’ємно охоплює право особи на захищені, зрозумілі й контрольовані цифрові умови лікування, включаючи захист від алгоритмічної упередженості систем штучного інтелекту під час прийняття клінічних рішень;

– розроблено концептуальну модель комбінованого інституту Уповноваженого (Омбудсман) з прав пацієнтів в Україні, засновану на принципі субсидіарності, яка передбачає відхід від єдиної централізованої моделі та створення незалежного центрального державного органу, що функціонує у взаємодії з розгалуженою мережею локальних представників пацієнтів безпосередньо у закладах охорони здоров’я, що дозволяє поєднати макрорівень формування державної політики з мікрорівнем оперативного врегулювання конфліктів у місці надання медичної допомоги;

удосконалено:

– понятійно-категоріальний апарат медичного права шляхом чіткого розмежування категорій «медична допомога» та «медична послуга» на основі принципу синергії публічно-правового та приватноправового регулювання; при цьому обґрунтовано, що медична допомога виступає родовим поняттям як публічне благо, що охоплює превенцію, лікування, догляд і реабілітацію, тоді як

медична послуга є лише конкретизованою юридичною формою (договірною або адміністративною) реалізації права на медичну допомогу в умовах ринкової організації системи охорони здоров'я;

– наукові уявлення щодо змісту поняття «механізм забезпечення права пацієнта на медичну допомогу», яке інтерпретується інтегративно як комплексна система, що охоплює не лише статичні елементи у вигляді правових норм та визначених ними моделей правовідносин, а й динамічну сукупність інституційно-організаційних, технологічних (зокрема інструментів eHealth) та соціально-психологічних факторів (довіри, рівня правосвідомості), які у взаємодії забезпечують реальне, а не декларативне подолання бар'єрів доступу до медичної допомоги;

– правову природу інституту «інформованої згоди», яка являє собою не просто суб'єктивне право, а є ключовим правоутворюючим фактом, що активує весь механізм забезпечення прав пацієнта;

– погляди стосовно структури та змісту медико-правової норми, поглиблено концепцію її міжгалузевого характеру у сфері охорони здоров'я, що поєднує публічні (управлінські, ліцензійні) та приватні (деліктні, договірні) елементи;

– концептуальні засади цивільно-правової відповідальності за медичні помилки, ґрунтуючись на аналізі європейського (зокрема французького та скандинавського) досвіду, зокрема вдосконалено підхід до розподілу тягаря доказування (презумпція вини закладу у випадку «грубої помилки») та обґрунтовано необхідність переходу до позасудової системи безвинної компенсації (no-fault compensation) через створення спеціалізованих гарантійних фондів;

набули подальшого розвитку:

– ретроспективний аналіз еволюції права на медичну допомогу, зокрема поглиблено розуміння трансформації цього феномена від емпіричних і звичаєвих форм (дуалізм монастирської безоплатної та світської оплатної медицини в Київській Русі), через радянський етатистський підхід (де здоров'я

розглядалося як ресурс держави) до сучасної плюралістичної партнерської моделі, що ґрунтується на принципах автономії та людської гідності;

- порівняльно-правові дослідження європейських систем медичного страхування та поглиблено аргументацію того, що їх ефективність базується не на формальному типі фінансування, а на фундаментальній аксіологічній тріаді (гідність, солідарність, автономія);

- пропозиції щодо гармонізації українського законодавства з *acquis communautaire* ЄС у сфері забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги;

- обґрунтування необхідності впровадження системи обов'язкового страхування професійної відповідальності медичних працівників та доведено доцільність поетапного впровадження такого страхування, що має забезпечити не лише гарантоване відшкодування шкоди пацієнтам, а й викорінення практики так званої «оборонної медицини».

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що сформульовані в роботі теоретичні положення, висновки та пропозиції можуть бути використані у:

- *науково-дослідній сфері* – як підґрунтя для подальших розробок проблем забезпечення прав пацієнтів у межах теорії держави і права, медичного права та порівняльного правознавства;

- *правотворчій діяльності* – як науково-теоретична основа для вдосконалення законодавства України щодо права пацієнта на отримання медичної допомоги, розробки спеціальних законів, нормативних актів та політик у сфері охорони здоров'я;

- *правозастосуванні* – для підвищення ефективності реалізації права пацієнта на медичну допомогу, оптимізації процедур досудового та судового захисту, удосконалення механізмів медіації, контролю якості медичних послуг та запобігання порушенням прав;

- *освітньому процесі* – для підготовки та проведення лекцій, семінарів і практичних занять з дисциплін «Медичне право», «Правове регулювання охорони

здоров'я в Україні», «Теорія держави та права», а також при розробці підручників і навчальних посібників з зазначених дисциплін.

Особистий внесок здобувача. Дисертація є результатом самостійно проведеного наукового дослідження. Усі сформульовані в роботі висновки та пропозиції отримані автором особисто і відображені в опублікованих наукових працях.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дисертації, теоретичні положення, висновки та практичні рекомендації, що містяться в роботі, оприлюднено й обговорено на п'яти міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях, а саме: XXIX Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку» (м. Теплице, Чехія, 7 лютого 2023 р.); III Міжнародній науково-практичній конференції «Recent Advances in Global Science» (м. Вільнюс, Литва, 16–18 вересня 2023 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції «Захист соціально вразливих груп: міжнародний та національний виміри» (м. Київ, 19 жовтня 2023 р.); XLV Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку» (м. Олександрополіс, Греція, 7 червня 2024 р.); LIII Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку» (м. Кордова, Іспанія, 7 лютого 2025 р.).

Публікації. Основні положення дисертаційного дослідження викладено у 10 наукових працях, із яких 5 статей опубліковано у наукових фахових виданнях України та 5 – тези доповідей у збірниках матеріалів міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається з анотації, вступу, трьох розділів, логічно об'єднаних у дев'ять підрозділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації складає 242 сторінки, з них основного тексту – 191 сторінка. Список використаних джерел налічує 343 найменування та займає 35 сторінок. Додатки розміщено на 2 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ПРАВО ПАЦІЄНТА НА ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ІСТОРИОГРАФІЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

1.1 Історіографічні засади права пацієнта на отримання медичної допомоги

Життя кожної людини, її здоров'я є однією з найвищих соціальних та особистісних цінностей, що безпосередньо визначає якість її існування. Одним із ключових чинників, який впливає на стан здоров'я як окремої особи, так і населення загалом, виступає медична допомога, рівень та доступність якої залежать від особливостей правового регулювання та етапу історичного розвитку суспільства. Такий підхід дає змогу виявити тенденції, закономірності та концептуальні засади становлення сучасної системи медичної допомоги, а також зрозуміти її значення для реалізації фундаментального права людини на охорону здоров'я.

Кожен історичний етап, від Давньоруської держави до сьогодення, вносив нові шари сенсу в розуміння медичної допомоги, трансформуючи її сприйняття від приватної справи чи акту милосердя до центрального елемента державної соціальної політики. Ця потреба виникала незалежно від форми державного устрою, наявності чи відсутності правових норм, і задовольнялася на основі емпіричних знань, переданих з покоління в покоління. У період Київської Русі, до запровадження християнства, провідне місце в лікувальній практиці займала народна медицина, яка була нерозривно пов'язана з язичницькими світоглядними уявленнями, обрядами та традиційними звичаями.

Як зазначав О. А. Опарін, існувало багато всіляких знахарів, чаклунів і всякого роду самозваних цілителів, які займалися лікуванням недуг у простого народу [139]. Ця форма медичної практики, що виникла як безпосередня відповідь на екзистенційну потребу людини у подоланні недуг, не зазнавала

державного регулювання і не знаходила прямого відображення у найдавніших джерелах права.

Я. Ф. Радиш підкреслював, що її витoki сягають глибокої доісторичної давнини і зумовлені інстинктивними прагненнями до самозбереження [186]. Медичні знання фіксувалися у т. зв. «лічебниках» та «травниках», рукописних збірниках, які були радше носіями емпіричних відомостей, аніж нормативними актами. Тобто можна стверджувати, що витoki права пацієнта на медичну допомогу сягають часів, коли лікування ще не було соціальною послугою, гарантованою державою, а здійснювалося або через інститути народної медицини, або під егідою релігійних спільнот. Таким чином, парадигма раннього етапу розвитку зводиться до онтологічного осмислення здоров'я як частини духовного й біологічного буття людини, а не як об'єкта правового регулювання.

Револьюційну зміну в розумінні медицини й права пацієнта принесла античність, насамперед традиція Гіппократа та приписувана йому «Клятва Гіппократа». У ній сформульовано фундаментальні принципи відносин між лікарем і пацієнтом: діяти на користь хворого, утримуватися від шкоди та несправедливості. Ці принципи нешкідливості (*non-maleficence*) і користі (*beneficence*) стали підґрунтям для подальшої етизації та правового оформлення медичної діяльності.

Л. Едельштейн у своїй роботі «*The Hippocratic Oath: Text, Translation, and Interpretation*» (1943) зазначає, що клятва була не лише етичним, а й протоправовим документом, що регулював поведінку лікаря в суспільстві [290]. Ці ідеї вплинули на формування етичних кодексів, які згодом трансформувалися в правові стандарти, включаючи аспекти згоди пацієнта та конфіденційності.

Розвиток медичної науки в Римській імперії продовжив греко-гіппократівську традицію. Особливе місце посідав Клавдій Гален, який систематизував античні медичні знання, розвинув підходи до спостереження, профілактики та лікування, а також підтримував високу лікарську етику в дусі Гіппократа [93]. Його внесок полягає у формуванні уявлення про медицину як раціональну науку і сферу професійної відповідальності лікаря перед пацієнтом.

Після занепаду античної цивілізації медичні знання Греції та Риму не були втрачені, а трансформувалися й розвивалися в науці Сходу. На тлі європейського застою арабська та перська цивілізації стали осередками збереження медичної традиції. Особливо вагомим був внесок Авіценни, який розглядав медицину як науку про збереження і відновлення здоров'я та наголошував на поєднанні знання, спостереження і професійних якостей лікаря. Найвидатнішою працею Авіценни став «Канон лікарської науки», завершений у 1025 році. У ньому було узагальнено досвід грецьких, римських, індійських і середньоазійських лікарів, а також власні спостереження автора. Після перекладу латинською мовою цей твір упродовж кількох століть залишався одним із головних посібників для європейських лікарів [99].

«Канон лікарської науки» складається з п'яти книг. У першому томі, який, у свою чергу, поділений на чотири частини, викладені теоретичні відомості про медичну науку, до якої Авіценна включив такі галузі знання як анатомія, фізіологія, діагностика, хірургія [3]. Внесок Авіценни у становлення права пацієнта на медичну допомогу полягає у систематизації всього відомого на той час медичного знання, формуванні раціонального підходу до діагностики та лікування, а також у розвитку уявлень про профілактику захворювань та епідеміологічний контроль.

Значні зміни у сприйнятті медичної допомоги відбулися з прийняттям християнства, коли церква почала відігравати центральну роль у суспільному житті. Медична допомога переважно надавалась у монастирях, де ченці поєднували емпіричні знання народної медицини з християнськими уявленнями про милосердя та обов'язок допомоги ближньому. Однією з ключових постатей цього періоду був Агапіт Печерський (XI ст. – бл. 1095 р.) – чернець Києво-Печерського монастиря, відомий як лікар-безвідплатник. Його діяльність є одним із перших прикладів реалізації принципів милосердя та безоплатності медичної допомоги на українських землях.

Агапіт лікував усіх, хто до нього звертався, незалежно від соціального стану, не беручи плати. У «Києво-Печерському патерику» згадується, як він

зцілив чернігівського князя Володимира Мономаха і відмовився від винагороди [148]. У цьому ж джерелі підкреслено його особисту турботу про хворих і молитву за їхнє зцілення, що свідчить про раннє поєднання милосердя, обов'язку та відповідальності перед пацієнтом.

Діяльність Агапіта Печерського та інших монастирських лікарів заклала фундамент для формування професійної медичної етики, де центральне місце посідали не майнові інтереси, а турбота про хворого. Допомога хворим почала розглядатися як акт християнського милосердя та чесноти.

Митрополит Іларіон у своєму «Слові про закон і благодать» (бл. 1037–1050 рр.) опосередковано торкався питань турботи про хворих, зазначаючи: «І милостині творячи великі... убогим і сиротам, і недужим, і боржникам, і всякому, хто потребує милості» [4].

Церква, прагнучи зміцнити свій авторитет, активно створювала лікувальні заклади. О. Трофимлюк вказував, що духовенство влаштовувало лікарні, «відокремлювало хворих від здорових...» [240]. Підтверджуючи цю думку, Н. Р. Темірова зазначає, що якісно новий етап розвитку медицини у Русі пов'язаний з прийняттям християнства й поширенням книжних знань, передусім, із Візантійської імперії [200].

Візантійський вплив на розвиток медицини Київської Русі був значним. Євпраксія (Добродія) Мстиславівна (бл. 1108–1131), дочка київського князя Мстислава Великого, у Візантії – імператриця; їй приписують трактат «Алімма» («Мазі»), хоча авторство не є загальновизнаним – перший медичний трактат, створений на теренах Київської Русі [63]. У приписуваному Євпраксії трактаті простежується настанова поєднувати фахову майстерність із уважністю до страждання пацієнта; лікар має бути не лише компетентним, а й співчутливим і турботливим у догляді, що відображає гуманістичні засади медичної практики того часу.

Лікарні та притулки для хворих подорожніх створювалися при монастирях та архієрейських домах, що, як підкреслював С. В. Сидоренко, було проявом турботи ієрархів [209]. Медична діяльність уперше отримувала і нормативне

закріплення: «Устав Святого князя Володимира» відносив «лечців» до церковних людей, а лікарні – до відання церкви [242]. Н. Хамайко також зазначає, що після хрещення Русі організація допомоги була покладена на церкву [245]. Отже, медична допомога почала усвідомлюватися не лише як потреба, а і як об'єкт церковної опіки та правового регулювання в межах канонічного права.

Паралельно з монастирською медициною розвивалася світська (міська) медицина, яка мала принципово іншу концептуальну основу – оплатність послуг. У період, наприклад, феодальної роздробленості XII–XIII століть медична практика залишалася децентралізованою, але накопичення знань у травниках та лікувальних посібниках, таких як «Ізборник Святослава» (1073 рік), сприяло систематизації, де емпіричний досвід перетворювався на теоретичне знання. Право пацієнта пізнавалося через звичаєве право, де громада забезпечувала допомогу, а князі видавали грамоти на будівництво шпиталів, формуючи розуміння держави як гаранта здоров'я.

О. А. Опарін чітко розмежовував ці два види: на Русі існували вільні лікарі та вільна лікарська практика – практика «відплатна», на противагу «безоплатній» церковній медицині [139].

Існування платної допомоги знайшло відображення і в одному з найдавніших джерел світського права – «Руській Правді». Очевидно, що у зазначених джерелах йдеться про надання потерпілому від винного певної грошової компенсації за отримані травми у вигляді медичної допомоги. Водночас, хоча це й траплялося в певних обставинах і в конкретному контексті, законодавство містило згадку про оплату за лікування, тобто про платну медичну допомогу, яку надавали спеціально підготовлені особи – лікарі. При цьому розмір винагороди лікарю закон не регламентував.

Розширена редакція (ст. 30) також згадувала про «лікувальне» – грошову суму, яку винний сплачував потерпілому на лікування [1]. Ці норми є надзвичайно важливими, оскільки вони вперше в світському законодавстві фіксують медичну допомогу, а отже, право на медичну допомогу, як послугу, що має економічну вартість і може бути предметом цивільно-правових відносин.

Хоча закон не встановлював розмір плати, він легітимізував сам факт платних відносин між лікарем і пацієнтом. Це заклало основи для розуміння медичної допомоги як сфери професійної діяльності, результати якої можуть бути оцінені в грошовому еквіваленті. С. Г. Стеценко підкреслював, що існує чимало факторів, які свідчать про те, що найвищу якість медична допомога досягала у світській (міській) медицині [226].

У контексті світської медицини Київської Русі важливу роль відігравав уже згаданий «Ізборник Святослава» (1073 р.) як систематизований збірник медичних знань. Він сприяв переходу від емпіричних практик до теоретичного осмислення кваліфікованої допомоги, а також закріплював ідею відповідальності за шкоду здоров'ю та компенсації за лікування, що стало прототипом відповідних норм Руської Правди [243].

Кардинальна зміна в уявленнях про роль держави у сфері охорони здоров'я відбулася в період зміцнення абсолютизму. Як зазначав З. С. Гладун, лише зі зміцненням абсолютної держави починається державна діяльність, спрямована на піклування про народне здоров'я [37]. Держава поступово перебирає на себе функцію регулювання та контролю медичної діяльності, що раніше була розпорошена між церквою, міськими громадами та приватними практиками. Держава впроваджувала механізми контролю, видаючи дозволи на медичну практику та слідкуючи за якістю лікування. Це означало перехід від нерегульованої діяльності до впорядкованої системи, підзвітної державі.

Подальша еволюція концепції медичної допомоги на українських землях була пов'язана з перебуванням у складі різних державних утворень, зокрема Великого князівства Литовського та Речі Посполитої. У цей період важливим був внесок Юрія Дрогобича (Котермака), українського медика, астронома і філософа, праці якого сприяли інтеграції європейських стандартів у литовсько-руські землі [49]. Саме тоді право пацієнта на кваліфіковану допомогу почало пов'язуватися з університетськими статутами, цеховими привілеями та нормами міського самоврядування.

Тобто цей період характеризується посиленням впливу західноєвропейської наукової думки та організаційних форм. У містах, що отримали Магдебурзьке право, питання охорони громадського здоров'я ставали частиною компетенції міського самоврядування. Ремісничі цехи, що були потужними корпоративними об'єднаннями, створювали власні каси взаємодопомоги, з яких, зокрема, виплачувалися кошти на лікування хворих членів цеху та їхніх родин. Це була одна з перших форм корпоративного соціального страхування, де право на медичну допомогу було не загальним, а прив'язаним до належності до певної професійної групи.

Важливу роль відігравала і військова медицина, що розвивалася в рамках козацького війська. При монастирях, що підтримували козацтво, існували шпиталі для поранених та хворих, що свідчить про усвідомлення потреби в організованій медичній допомозі, пов'язаній зі службою. У 1615 р. при Київському братстві було засновано школу та богадільню (шпиталь) на кошти Гальшки Гулевичівни. Козацькі шпиталі були не лише місцем лікування, але й центрами збереження медичних знань, де практикували як народні цілителі, так і освічені лікарі.

Таким чином, у литовсько-польську добу та добу Гетьманщини концепція медичної допомоги розвивалася у напрямі її більшої інституціоналізації та диференціації. Поряд із традиційними благодійними формами, зміцнювалися муніципальні та корпоративні (цехові) системи, а сама медична діяльність дедалі більше набувала ознак професії, що вимагала спеціальних знань та державної легітимації.

З переходом до козацької доби в XVI–XVIII століттях медична допомога в Гетьманщині поєднувала елементи цивільної та військової медицини. У «Пактах і Конституціях» Пилипа Орлика згадувався обов'язок держави забезпечувати здоров'я війська [26], а положення про необхідність лікарів і ліків для поранених козаків можна розглядати як ранню спробу закріплення колективного права на медичну допомогу для певної соціальної групи.

У козацьку добу Гетьманщини практичне медичне забезпечення ґрунтувалося на діяльності військових і міських цирульників, братських та монастирських шпиталів, а також іноземних лікарів при гетьманських дворах. Нормативні засади опіки над пораненими козаками формувалися насамперед у державницьких актах – зокрема в уже згаданих «Пактах і Конституціях прав і вольностей Війська Запорозького» Пилипа Орлика (1710), де передбачалося забезпечення війська й утримання шпиталю (у традиції, пов'язаній із Трахтемирівським шпиталем), що стало раннім прототипом публічного регулювання медичної допомоги у війську [40].

У контексті земської медицини ХІХ століття ключову роль у становленні права пацієнта на медичну допомогу відіграв Микола Пирогов – хірург і реформатор охорони здоров'я. У праці «Питання життя. Щоденник старого лікаря» він обґрунтовував доступність медицини як право людини, гарантування якого має забезпечуватися через земства та лікарні [323]. Це стало поштовхом до переходу від емпіричної практики до системного правового регулювання і вплинуло на формування сучасних норм соціального захисту здоров'я.

У своїй праці «Начала загальної військово-польової хірургії» (1865–1866) він не лише систематизував хірургічні знання, але й обґрунтував принципи організації медичної допомоги в екстремальних умовах [323]. М. Пирогов писав, що війна – це травматична епідемія, і лікар повинен бути готовий надавати допомогу масово, швидко та ефективно, керуючись принципом сортування поранених за тяжкістю стану.

М. Пирогов також наголошував на правах пацієнта та етичних засадах медичної практики. У статті «Питання життя. Щоденник старого лікаря» (1879–1881) він зазначав: «Лікар не має права експериментувати на хворому без його відома та згоди. Людина, довірившись лікарю, не перестає бути господарем свого тіла» [323]. Ці думки передбачили сучасну концепцію інформованої згоди пацієнта.

Значний вплив на розвиток санітарно-епідеміологічного напрямку мав Данило Заболотний. У праці «Основи епідеміології» він обґрунтував

необхідність державного регулювання санітарно-епідеміологічного благополуччя, підкреслюючи, що інфекційні хвороби не знають станових і класових меж, а отже, боротьба з ними є обов'язком держави перед усім суспільством [5].

Розвиток фармацевтичного законодавства у ХІХ столітті також відображав еволюцію права на медичну допомогу. Аптекарський статут 1836 року регламентував відкриття і функціонування аптек, вимоги до якості ліків та відповідальність за їх порушення. У науковій літературі його характеризують як один із перших комплексних актів, що встановлював державний контроль за якістю та доступністю ліків [231].

У другій половині ХVІІІ століття в системі надання медичної допомоги відбулися суттєві трансформації, які передусім стосувалися організації військової медицини. Саме вона стала своєрідним полігоном для відпрацювання нових моделей правового регулювання та державної участі у сфері охорони здоров'я.

Теоретичне обґрунтування державної відповідальності за здоров'я населення активно розробляв Йоганн Петер Франк, якого вважають засновником концепції медичної поліції та соціальної гігієни. У праці «Система повної медичної поліції» він уперше системно виклав ідею про те, що держава має не лише право, а й обов'язок втручатися у питання охорони здоров'я [297]. Медична поліція розумілася ним як наука запобігання, спрямована на збереження здоров'я і благополуччя громадян [219].

Ідеї П. Франка знайшли відображення в «Лікарському статуті» 1857 року, де медична поліція отримала законодавче закріплення як інститут державного управління охороною здоров'я [147]. Таким чином, концепція П. Франка заклала основу для розуміння медичної допомоги не як приватної справи, а як предмета публічного інтересу та державної відповідальності.

Одним із ключових нормативних актів став «Військовий устав» 1716 року, який уперше детально визначив права й обов'язки військових лікарів та аптекарів, а також порядок організації медичної допомоги у військах. Цей підхід

започаткував формування концепції розуміння того, що право на безоплатну медичну допомогу залежить від статусу особи та обставин виникнення хвороби.

Подальший розвиток цієї ідеї відбувся завдяки ухваленню «Генерального регламенту про госпіталі» 1735 року, який вперше систематизував надання допомоги військовослужбовцям, регламентував структуру шпиталів, порядок постачання ліків та взаємодію лікарів з військовим командуванням [142]. Тобто держава поступово перебирала на себе повну відповідальність за здоров'я армії, що стало важливим етапом еволюції уявлень про роль публічної влади у сфері охорони здоров'я.

Наступним етапом стало формування системи цивільної медичної допомоги та законодавче розмежування адміністративних і медичних функцій органів влади. «Установи для управління губерній» 1775 року створили прикази громадської опіки [267], яким доручалося організувати допомогу бідним та соціально незахищеним верствам. Дослідники відзначають, що це була перша спроба комплексної громадської опіки, у межах якої медицина поєднувалася із соціальним забезпеченням [6].

Так право на медичну допомогу почало розглядатися не лише як індивідуальна потреба, а й як елемент державної благодійності та соціальної підтримки. М. М. Житник пов'язував благодійність із проявами суспільної моральності [55], що відображало поступовий перехід від приватної ініціативи до публічно-правової відповідальності держави за здоров'я громадян.

Кардинальні зміни в організації охорони здоров'я відбулися в XIX – на початку XX століття, коли українські землі перебували у складі Російської та Австро-Угорської імперій. У цей період сформувалися дві моделі, що стали прообразами сучасних систем: публічна земська медицина та страхова фабрична медицина. Після земської реформи 1864 року в підросійській Україні створювалися лікарські дільниці, лікарні й фельдшерсько-акушерські пункти, а допомога для місцевого населення була переважно безоплатною. Право на допомогу впливало зі статусу мешканця відповідної території, що означало

першу серйозну спробу публічної влади взяти відповідальність за охорону здоров'я широких верств населення [21].

Положення про земські установи віднесло «пiклування про народне здоров'я» до компетенції земств. Як зазначає Д. Мірошніченко, земства впровадили стаціонарну систему на селі, створивши лікарські та фельдшерські дільниці з лікарнями та амбулаторіями в центрі [127].

Таким чином, у ХІХ столітті державне регулювання медичної сфери досягло нового рівня. «Лікарський статут» 1857 року став першим комплексним кодифікованим актом у цій галузі [23, с. 41]. Функції охорони народного здоров'я були покладені на медичну поліцію, що підпорядковувалася Міністерству внутрішніх справ. Саме в рамках цих досліджень, як зазначає В. М. Трач, формувалася наука права соціального забезпечення. Вчені виділяли два основні напрями діяльності держави: створення умов для захисту здоров'я та для його відновлення у разі хвороби [239]. Так почали формуватися теоретичні підходи до охорони здоров'я як державної функції.

Вагомий внесок у теоретичне обґрунтування соціальної відповідальності за здоров'я населення зробив Рудольф Вірхов, один із засновників соціальної медицини. У доповіді про голод і тиф у Верхній Сілезії та у працях 1848–1849 років він сформулював тезу про медицину як соціальну науку і показав, що масові хвороби мають соціальні причини [252; 337].

Аналіз епідемії тифу дав Р. Вірхову підстави пов'язувати хвороби з бідністю, антисанітарією і недостатнім харчуванням [25]. Він наполягав на соціальних реформах, зокрема безоплатній допомозі для бідних, покращенні санітарних умов та освіті населення. Його ідеї вплинули на земську медицину і стали теоретичною основою розуміння права на медичну допомогу як соціального права.

Поряд із земською медициною, індустріалізація породила фабричну медицину, яка, за словами В. С. Єрмілов, пройшла всі ті ж стадії розвитку, що й на Заході [54]. Концептуальна основа тут була іншою: відповідальність за здоров'я працівника перекладалася на роботодавця. Н. І. Карпишин пояснював

це тим, що ризик професійної роботи перемістився з працівника на роботодавця [65]. Ідея про те, що здоров'я робітників є витратою виробництва, яку має покривати саме виробництво, ставала все більш популярною.

Проте така модель мала суттєві недоліки: якість допомоги залежала від фінансових можливостей та добросовісності власника, а робітники дрібних підприємств часто залишалися поза системою. Це спонукало до пошуку нових рішень, і на початку ХХ століття, під впливом європейського досвіду (зокрема, німецької моделі Бісмарка) [54], починається перехід до страхових принципів.

Теоретичне обґрунтування страхових принципів у медицині пов'язують із Наумом Вигдорчиком, фахівцем у галузі соціального страхування. У праці «Теорія і практика соціального страхування» він розглядав соціальне страхування як механізм реалізації права на медичну допомогу [13]. Право робітника на допомогу в разі хвороби, на його думку, впливало не лише з договору з роботодавцем, а із самого факту участі в суспільному виробництві, тому мало гарантуватися законом.

Німецька модель медичного страхування, запроваджена законами Бісмарка, стала важливим орієнтиром для правової думки початку ХХ століття. І. Х. Озеров, аналізуючи діяльність лікарняних кас у Німеччині, наголошував, що страхова модель дає змогу поєднати широке охоплення населення з розподілом витрат між працівниками, роботодавцями та державою [117].

С. О. Матвеев і Г. В. Музиченко сформулювали принцип, що став фундаментальним для розуміння права на медичну допомогу: хвороба робітника є соціальним ризиком, відповідальність за який має нести не тільки сам робітник, але й роботодавець та суспільство загалом [112]. Ця концепція соціалізації ризику хвороби стала теоретичною основою для розвитку систем медичного страхування та соціального забезпечення пацієнтів.

На українських землях, що входили до складу Австро-Угорщини (Галичина, Буковина), процес переходу до страхових принципів розпочався раніше і відбувався в рамках австрійського соціального законодавства. Тут створювалися лікарняні каси (Krankenkassen), які функціонували на засадах

обов'язкового страхування робітників. Внески до кас сплачували як робітники, так і роботодавці, а застраховані особи отримували право на медичну допомогу та грошові виплати в разі хвороби. Вони також передбачали створення лікарняних кас, які мали організовувати медичну допомогу для робітників за рахунок власників підприємств.

Наприкінці XIX – на початку XX ст. дореволюційна правова думка поступово переходила від патерналістської моделі до страхової моделі соціального ризику. Н. В. Вороніна обґрунтовувала страхування робітників як спосіб компенсації ризиків хвороби й нещасного випадку [29]. Ідеї соціального страхування були інституціоналізовані в законах 1912 року, насамперед у Законі «Про забезпечення робітників на випадок хвороби» [160]. В. П. Ходаківська та співавт. підкреслюють, що страхування на випадок хвороби поєднувало компенсацію втрати заробітку із забезпеченням медичної допомоги [247]. Хоч закон залишався недосконалим, він заклав основу страхової моделі, яка була розвинена Тимчасовим урядом у 1917 році.

Таким чином, до 1917 року підходи до розуміння права на медичну допомогу стали складними й багатокомпонентними, поєднуючи елементи державної опіки (земська медицина), ринкових відносин (приватна практика) та соціального страхування (фабрична медицина). Це означало розмежування двох підстав для отримання медичної допомоги: право громадянина (мешканця), що реалізувалося через земства, та право працівника, що базувалося на принципах соціального страхування. Це заклало дуалізм підходів, дискусія між якими триває і в сучасній Україні.

Зміна політичної формації після 1917 року спричинила кардинальну перебудову не лише організаційних засад системи охорони здоров'я, але й самої парадигми розуміння медичної допомоги як соціального феномена та об'єкта правового регулювання. Прихід радянської влади ознаменував побудову принципово нової системи, заснованої на тотальній централізації та домінуючій ролі держави. Тобто всі існуючі форми медицини – земська, міська, фабрична – були об'єднані в єдину державну систему.

Ключова трансформація полягала в заміні поняття «соціальне страхування» на «соціальне забезпечення». А. А. Сидорчук пояснював це тим, що термін «страхування» не відповідав новій моделі, у якій держава повністю брала на себе забезпечення громадян [210]. Положення 1918 року Про соціальне забезпечення трудящих закріпило лікарську допомогу як вид соціального забезпечення [178], а також установило обов'язковість звернення по допомогу при втраті працездатності із санкціями за порушення цього обов'язку. Такий підхід відображав ідеологію, за якої здоров'я людини розглядалося насамперед як суспільне надбання.

Остаточний відхід від страхової моделі відбувся в 1933 році, коли всі кошти та установи соціального страхування були передані профспілкам, а сама система остаточно втратила страховий характер і перетворилася на механізм державного розподілу.

На десятиліття єдиним актом, що регулював медичну діяльність, залишався Декрет «Про професійну роботу та права медичних працівників» 1924 року. Як зазначають С. Г. Стеценко та ін., цей декрет понад 50 років регламентував юридичні аспекти лікарської діяльності [226]. Право на безкоштовну медичну допомогу було закріплено на найвищому рівні лише в Конституції СРСР 1936 року (ст. 120) та пізніше в Конституції 1977 року (ст. 42), де воно розглядалося як механізм забезпечення права на охорону здоров'я.

У радянській і повоєнний періоди значний вплив на розвиток медичного права мали етичні кодекси, сформовані як реакція на історичні трагедії. Після Другої світової війни було прийнято Нюрнберзький кодекс (1947), який закріпив добровільну згоду людини як необхідну умову медичного експерименту. Науковці підкреслюють, що він змінив парадигму етичного регулювання, поставивши права пацієнта вище наукового інтересу [275].

Цей кодекс знайшов продовження в Декларації Гельсінкі (1964), прийнятій Всесвітньою медичною асоціацією, яка розвинула принципи етичних досліджень: «Медичні дослідження на людях повинні відповідати загальноприйнятим науковим принципам і базуватися на адекватних

лабораторних і, де доречно, тваринних експериментах» [34]. Як зазначає А. Б. Берзіна, Декларація Гельсінкі стала основою для законів у багатьох країнах, забезпечуючи баланс між науковим прогресом і правами пацієнтів [9].

У науковій доктрині того часу медична допомога розглядалася як невід'ємна частина системи соціального забезпечення. О. В. Корнілова відносить безкоштовне медичне обслуговування до соціального забезпечення або державного соціального страхування [88]. Т. Царик підкреслює, що це право є загальним і рівним для всіх громадян незалежно від їхньої трудової діяльності, а несплата внесків підприємством не позбавляла працівників права на забезпечення [250].

Практична реалізація цього конституційного права відбувалася через розгалужену мережу державних лікувально-профілактичних установ. Основоположним актом, що систематизував радянську модель, стали «Основи законодавства Союзу РСР і союзних республік про охорону здоров'я» 1969 року (далі – Основи).

Важливим аспектом радянського підходу було те, що в Основах поряд з положеннями про медичну допомогу містилися норми, що безпосередньо стосувалися соціального забезпечення. Стаття 32 Основ встановлювала звільнення громадян від роботи на період хвороби з тимчасовою втратою працездатності з виплатою допомоги за соціальним страхуванням. Такий комплексний підхід відображав розуміння здоров'я не лише в контексті фізичного стану організму людини, але й як повного фізичного та соціального благополуччя, що відповідало тогочасним науковим підходам.

У науці поняття «здоров'я» трактувалося широко: В. А. Огнев та ін. зазначали, що воно включає «повне фізичне та соціальне благополуччя» [220]. Радянська модель, незважаючи на ідеологічні та системні вади, такі як недостатнє фінансування та низький пріоритет первинної ланки, реалізувала на практиці концепцію універсального, гарантованого державою права на медичну допомогу, що надається безкоштовно через централізовану систему, з акцентом на профілактику та комплексний підхід.

Патерналістський підхід, за якого держава визначала не лише обсяг та характер медичної допомоги, але й встановлювала обов'язковість її отримання, суперечив принципам автономії особистості та свободи вибору. Відсутність альтернативних форм організації медичної допомоги та монополія держави на надання медичних послуг обмежували можливості розвитку медичної сфери та впровадження інновацій. Цей досвід має важливе значення для формування сучасних підходів до правового регулювання медичної допомоги, які повинні враховувати як позитивні досягнення, так і негативні уроки радянського періоду.

Здобуття Україною незалежності в 1991 році та перехід до ринкової економіки спричинили докорінну трансформацію всієї соціальної сфери, включно з охороною здоров'я. Радянська модель, що ґрунтувалася на централізованому плануванні та повному державному фінансуванні, виявилася нежиттєздатною в нових економічних умовах. Декларовані державою гарантії безоплатної медичної допомоги не виконувалися, якість та доступність послуг стрімко падали. У цих умовах розпочався болісний пошук нової парадигми, яка б дозволила зберегти принцип загального доступу до медичної допомоги, але водночас залучити додаткові джерела фінансування.

Правовою основою для реформ стали ухвалені в 1992 році «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [143] та закріплена в статті 49 Конституції України 1996 року норма, що гарантує кожному право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [86]. Відповідно до частини першої цієї статті, держава створює умови для ефективного та загальнодоступного медичного обслуговування [86]. Це свідчить про зміну ролі держави: від тотального контролера та єдиного надавача послуг до гаранта реалізації прав людини.

Як слушно зазначають А. Є. Шевченко та Г. А. Яцишена, конституційне закріплення права на охорону здоров'я створює передумови для обґрунтування і подальшого розвитку спеціальних правових механізмів, які конкретизують цю гарантію в законодавстві про охорону здоров'я та медичне обслуговування [261].

Держава взяла на себе зобов'язання створювати умови для ефективного й доступного медичного обслуговування, а в державних і комунальних закладах допомога мала надаватися безоплатно. Такий підхід узгоджувався з міжнародними стандартами, що визначили доступ до медичної допомоги як універсальну цінність. Принципи Статуту ООН 1945 року стали основою подальшої розробки міжнародно-правових актів у сфері прав людини, а Загальна декларація прав людини 1948 року закріпила право на життєвий рівень, необхідний для підтримання здоров'я, включаючи медичний догляд [56].

У 1981 році ВМА прийняла Лісабонську декларацію прав пацієнта, яка вперше на міжнародному рівні сформулювала основні права пацієнта, зокрема: право на високоякісне медичне обслуговування, право на свободу вибору, право на самовизначення, право на інформацію, право на конфіденційність, право на гідність [101]. Ця декларація стала важливим кроком у формуванні міжнародних стандартів прав пацієнта.

У доктрині міжнародного захисту прав людини серед документів, що вплинули на формування концепції прав пацієнта, називають Загальну декларацію прав людини 1948 року, міжнародні пакти 1966 року, Європейську конвенцію з прав людини 1950 року та Європейську соціальну хартію 1961 року. Саме вони заклали основу сучасного розуміння прав пацієнта як частини системи прав людини.

Д. О. Білий, зі свого боку, підкреслює, що особливу роль у формуванні концепції прав пацієнта відіграла Європейська хартія прав пацієнтів, розроблена у 2002 році європейською громадською організацією Active Citizenship Network [11]. Ця хартія сформулювала 14 основних прав пацієнтів, які стали орієнтиром для багатьох європейських країн, у тому числі й України, при формуванні національного законодавства у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, еволюція правового статусу пацієнта в Україні є відображенням загальносвітових тенденцій гуманізації медицини та утвердження прав людини. Як зазначають дослідники, патерналістський підхід, що характеризується відсутністю індивідуального підходу до пацієнта, не є

виправданим у сучасних умовах, оскільки пацієнт повинен нести індивідуальну відповідальність за стан свого здоров'я та за результат лікування. Натомість, нова модель передбачає індивідуальний підхід, повагу до автономії пацієнта при ухваленні медичних рішень та свободу реалізації його прав [268].

Першою спробою систематизувати основні права пацієнта в Україні стало прийняття у 1992 році «Основ законодавства України про охорону здоров'я». У статтях 6, 34–39 було закріплено право на повагу до гідності, вибір лікаря, доступну та якісну допомогу, інформацію про стан здоров'я, згоду на медичне втручання або відмову від нього, а також збереження медичної таємниці [143]. Ці положення започаткували формалізацію концепції прав пацієнта у національному праві та утвердження пацієнта як суб'єкта медичних правовідносин.

Як зазначає О. А. Лісничка, Основи заклали підґрунтя для пацієнтоорієнтованої медицини в Україні, проте залишилися значною мірою декларативними через слабкий механізм реалізації [102].

Починаючи з 2000-х років (наступний етап), законодавство у сфері охорони здоров'я починає деталізуватися й адаптуватися до викликів часу. У Цивільному кодексі України (2003 р.) з'являються норми, що врегульовують інститут інформованої згоди (ст. 284), право на інформацію про стан здоров'я (ст. 285), а також механізм доступу третіх осіб до медичних даних (ст. 286) [251]. Таким чином, загальні декларації набувають чіткого юридичного формату.

Стаття 284 Цивільного кодексу України визначила право на медичну допомогу як особисте немайнове право фізичної особи [251]. Це вивело його зі сфери винятково «державної турботи» і засвідчило посилену увагу держави до гарантій реалізації цього права. Пацієнт поступово утверджується як активний суб'єкт правовідносин, що має право обирати лікаря і заклад, отримувати медичну інформацію, зберігати таємницю про стан здоров'я, надавати інформовану згоду на втручання або відмовлятися від нього.

Кардинальним етапом в еволюції концепції прав пацієнта стало ухвалення у 2017 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного

обслуговування населення» [158]. Цей акт започаткував перехід до нової моделі фінансування системи охорони здоров'я за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», що дало змогу перейти від декларативного закріплення прав до їх практичної реалізації через адміністративно-правові механізми.

Суть реформи полягає в тому, що держава через спеціально створений орган – Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – закуповує у медичних закладів послуги для населення. Обсяг цих послуг визначається Програмою медичних гарантій (ПМГ), яка щорічно затверджується і включає перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України. Програма охоплює екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану), паліативну допомогу, медичну реабілітацію, а також допомогу дітям до 16 років та допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами.

Ця реформа не просто змінила механізми фінансування, а й суттєво трансформувала зміст та вагу окремих прав пацієнта, надавши їм реального економічного підґрунтя. Право на вільний вибір лікаря, закріплене в Основах законодавства про охорону здоров'я, з декларативного перетворилося на ключовий інструмент системи. Підписуючи декларацію з лікарем первинної ланки, пацієнт безпосередньо скеровує бюджетне фінансування до конкретного лікаря та закладу. Це стимулює підвищення якості послуг та покращення ставлення до пацієнтів.

Право на якісну та безпечну медичну допомогу також отримало новий вимір. НСЗУ укладає договори лише з тими закладами, які відповідають певним вимогам (щодо обладнання, персоналу, умов надання допомоги). Якщо раніше якість допомоги була абстрактною категорією, то тепер вона формалізована у вигляді конкретних пакетів медичних послуг, які держава зобов'язується оплатити. Це створює більш чіткі підстави для пред'явлення претензій у разі ненадання або надання неповного обсягу гарантованих послуг.

О. П. Мінцер та співавт. зазначають, що нова система також сприяє посиленню партисипації (участі) пацієнтів у системі охорони здоров'я.

Концепція «4P» медицини (персоналізована, предиктивна, превентивна, партисипаторна) стає все більш актуальною, особливо в контексті розвитку цифрових медичних послуг [126]. Необхідне створення нових нормативно-правових актів, що регулюватимуть цифрові медичні послуги, захист даних в електронній системі охорони здоров'я та забезпечуватимуть реалізацію інформованої згоди в дистанційному форматі [126]. Також постають проблеми, пов'язані з правами людини «четвертого покоління» у сфері охорони здоров'я, зокрема в контексті біоетики, генетичних технологій та цифрової ідентичності, що зумовлює необхідність створення адекватних адміністративно-правових механізмів регулювання.

В Україні досі не ухвалено окремого спеціального закону, який би комплексно визначав права пацієнтів, їхній статус та механізми захисту. Потреба в такому акті порушувалася ще у проєкті Закону України «Про права пацієнтів в Україні» [170]. Пізніше до Основ законодавства України про охорону здоров'я було внесено статтю 24-1 «Захист прав пацієнтів», яка прямо вказує на необхідність спеціального закону [143]. Невирішеність цього питання створює правову невизначеність і ускладнює захист прав громадян у медичній сфері.

Важливою особливістю сучасної концепції прав пацієнта стало посилення договірних відносин у медичній сфері. В. П. Маковій виокремлює адміністративно-правовий договір про медичне обслуговування населення та цивільно-правовий договір з надання медичних послуг [109]. Це формує двоступеневу систему гарантій: держава фінансує визначений перелік послуг через договори з медичними закладами, а пацієнт реалізує свої права у відносинах із конкретним надавачем послуг.

Сучасна концепція гарантії права пацієнта на отримання медичної допомоги також характеризується посиленням уваги до прав пацієнта на інформацію та інформовану згоду. Це пов'язано з тим, що в умовах багатоканального фінансування медичних послуг пацієнт має право знати, які послуги покриваються за рахунок державного бюджету в межах програми медичних гарантій, а за які послуги він має доплачувати самостійно.

Тобто концепція прав пацієнта передбачає принцип автономії, який реалізується через інститут інформованої згоди. Лікар зобов'язаний надати пацієнтові повну, об'єктивну та доступну інформацію щодо стану здоров'я, методів діагностики й лікування, ризиків та альтернатив. Пацієнт має право погодитися або відмовитися від запропонованого втручання.

Право на інформовану згоду закріплено в Основах (ст. 43), Цивільному кодексі (ст. 284), а також у наказах МОЗ України, зокрема наказі «Про порядок надання первинної медичної допомоги» № 504 [128].

Це право однак має певні винятки (наприклад, при загрозі життю пацієнта або у випадках, передбачених законом), однак загальний принцип залишається – без інформованої згоди лікування є недопустимим. О. М. Ковальова підкреслює, що інформована згода є проявом поєднання медичного обов'язку з юридичною свободою особи, та потребує не лише формального погодження, а й глибокого розуміння пацієнтом наслідків запропонованих медичних заходів [74].

Залучення пацієнтів до процесу гарантування безпеки медичної допомоги набуває особливої актуальності в умовах дистанційного формату надання медичних послуг. Впровадження цифрових медичних послуг актуалізує міждисциплінарні підходи, які впливають як на загальний процес прийняття медичних рішень, так і на процедури партисипації і навіть на отримання інформованої згоди від пацієнта [126].

У 2018 році в Україні почала функціонувати Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) – цифровий інструмент, що дозволяє реалізовувати багато аспектів прав пацієнта: підписання декларацій, створення електронних медичних записів, виписку е-рецептів та електронних направлень.

Цей інструмент, як зазначає К. С. Малахов, змінив не лише технічну, а й правову архітектоніку охорони здоров'я, оскільки перевів відносини між пацієнтом, лікарем і державою у більш контрольоване, прозоре та зворотне середовище [313].

Право на вільний вибір лікаря та медичного закладу є одним із наріжних каменів концепції прав пацієнта. Згідно із Законом України «Про державні

фінансові гарантії медичного обслуговування населення», пацієнт може самостійно обирати сімейного лікаря, терапевта або педіатра незалежно від місця проживання чи реєстрації [158]. Реалізація цього права відбувається через укладення декларації з обраним лікарем, що відкриває доступ до гарантованого пакета безоплатних послуг, які фінансуються через НСЗУ.

Сучасна модель охорони здоров'я передбачає не лише пасивне споживання послуг, а й активну участь пацієнта у підтриманні власного здоров'я, що потребує балансу між правами і відповідальністю. Саме тому поряд із правами на пацієнта покладаються обов'язки, визначені статтею 10 Основ законодавства України про охорону здоров'я: дбати про власне здоров'я, проходити профілактичні огляди, не перешкоджати наданню допомоги іншим особам та інформувати лікаря про зміни у стані здоров'я [143].

Відповідно, виконання обов'язків пацієнта – це не лише юридичний компонент, а й практичний механізм, який сприяє ефективному функціонуванню всієї системи охорони здоров'я. Вони є невід'ємною складовою пацієнтоцентричної моделі, що базується на принципі взаємної відповідальності: з боку держави – гарантії доступу до медичних послуг, з боку пацієнта – свідоме ставлення до здоров'я як особистого, так і суспільного ресурсу.

Сучасний період характеризується впровадженням другого етапу медичної реформи, що передбачає розширення пакета гарантованих послуг і вдосконалення фінансування. У Програмі медичних гарантій на 2021 рік було враховано пріоритетні напрями розвитку охорони здоров'я, що мало підвищити доступність послуг для населення. Водночас зберігається проблема відсутності спеціального закону, який би чітко визначав правовий статус пацієнта, його обов'язки та механізми захисту прав [11].

Крім того, невирішеними залишаються проблеми соціальної справедливості та доступності медичної допомоги. Система медичних гарантій має забезпечити рівний доступ до базових медичних послуг для всіх громадян незалежно від їх соціального статусу та матеріального становища. Це потребує

переосмислення традиційних підходів до розуміння права на медичну допомогу як суто індивідуального права та врахування його соціальної функції.

Слід акцентувати і на розвитку механізмів захисту цих прав. В умовах медичних гарантій актуалізуються питання судового захисту прав пацієнтів, оскільки порушення умов надання гарантованих медичних послуг може стати предметом судового розгляду. Це потребує розвитку відповідної судової практики та вдосконалення процедурних механізмів захисту прав пацієнтів.

Таким чином, шлях права пацієнта на отримання медичної допомоги в незалежній Україні пройшов від декларативної конституційної гарантії, що не була підкріплена економічно, до концепції гарантованого державою пакету медичних послуг, право на отримання якого реалізується через прозорі фінансові механізми та надає пацієнту реальну свободу вибору. Цей процес далекий від завершення, однак він свідчить про остаточний відхід від патерналістської радянської моделі та рух до сучасної європейської концепції, де право на медичну допомогу – це не просто доступ до медичного закладу, а забезпечена державою можливість отримати якісну послугу в обраного надавача.

Загалом становлення права пацієнта на отримання медичної допомоги засвідчує його поступальний розвиток від спонтанних форм народної медицини до складних інституціональних систем охорони здоров'я. Цей процес характеризувався поступовим усвідомленням суспільством та державою важливості збереження здоров'я як індивідуальної та суспільної цінності. Еволюція підходів до організації медичної допомоги відображає загальні тенденції розвитку соціальної функції держави та формування уявлень про соціальні права людини. Право на медичну допомогу пройшло складний шлях від благодійності до визнання його як основоположного права людини, що має бути гарантоване державою незалежно від соціального статусу, майнового стану та інших обставин.

1.2 Методологічні основи права пацієнта на отримання медичної допомоги

Формування змісту права пацієнта на отримання медичної допомоги є результатом взаємодії філософської, етичної та юридичної традицій. Філософія задає загальний горизонт розуміння людини й здоров'я як не лише біологічної, а й соціальної категорії, що пов'язана зі свободою та самореалізацією особистості. Етика визначає належне ставлення до хворого як до носія гідності, а право інституалізує ці уявлення у вигляді суб'єктивних прав, гарантій і кореспондуючих обов'язків. Саме такий синтез, на думку І. Я. Сенюти, становить основу сучасної доктрини прав пацієнтів, у центрі якої перебуває автономна й морально відповідальна людина, а не пасивний об'єкт медичного втручання [146].

Відповідно, право на медичну допомогу слід розглядати як комплексну соціально-правову гарантію, легітимовану не лише законом, а й імперативами людяності, справедливості та суспільної солідарності. У ньому поєднуються юридичний та аксіологічний виміри, що відображають взаємодію права і моралі у сфері охорони здоров'я. Саме тому його дослідження потребує методологічного інструментарію, здатного розкрити структуру, зміст і механізми реалізації відповідного права.

Звернення до методології дозволяє не лише визначити методи аналізу права пацієнта, а й з'ясувати ті світоглядні підвалини, на яких воно ґрунтується. Будь-яке методологічне осмислення спирається на певне уявлення про людину, суспільство та цінності, що визначають орієнтири правового регулювання у сфері охорони здоров'я. Тому розкриття методології закономірно підводить до аналізу філософських, етико-правових і світоглядних детермінант змісту відповідних норм і практик їх застосування.

Водночас методологія у цьому дослідженні не зводиться до простого переліку методів. Вона виконує інтегративну функцію: поєднує світоглядні засади, юридико-догматичний аналіз, емпіричні дані та оцінку практичних

механізмів захисту. Завдяки цьому право пацієнта постає не як абстрактна декларація, а як складна правова конструкція, що має ціннісний зміст, нормативне закріплення, інституційне забезпечення і конкретні форми реалізації у медичній практиці.

У цьому контексті слушним є розуміння методології дослідження права пацієнта на медичну допомогу як комплексної системи філософсько-світоглядних підходів, загальнонаукових і спеціально-юридичних методів, принципів та прийомів, спрямованих на аналіз змісту, гарантій реалізації, механізмів захисту цього права і шляхів удосконалення правового регулювання медичної допомоги [248]. Таке визначення дає змогу перейти від загального теоретичного підґрунтя до конкретних методологічних підходів.

Одним із ключових є системний підхід. Він дозволяє розглядати право пацієнта на отримання медичної допомоги як елемент цілісної системи прав людини і водночас як центральний компонент системи охорони здоров'я. Це право не є ізольованою нормою: воно функціонує у мережі зв'язків між конституційними засадами, галузевим медичним законодавством, стандартами доказової медицини, управлінськими рішеннями та реальною медичною практикою.

М. Ю. Щирба слушно підкреслює, що первинне поєднання медицини і права визначає критерії правового регулювання: стан пацієнта впливає на можливість отримання інформованої згоди, а вид і тяжкість захворювання можуть зумовлювати загальний, родовий або індивідуальний правовий статус пацієнта [268, с. 47]. Саме системний підхід дає змогу узгоджено аналізувати суб'єктний склад медико-правових відносин, обсяг прав та обов'язків пацієнтів, медичних працівників, закладів охорони здоров'я, держави і страхових організацій, а також інструменти гарантування права на медичну допомогу.

Значення системного підходу полягає ще й у тому, що він дозволяє бачити взаємозалежність матеріальних, процедурних та організаційних гарантій. Наприклад, право на інформовану згоду неможливо оцінити без аналізу доступу пацієнта до медичної інформації, рівня комунікації з лікарем, стану пацієнта,

якості документації та процедурного оформлення згоди. Так само право на доступність медичної допомоги залежить не лише від норми закону, а й від фінансування, територіальної мережі закладів, кадрового забезпечення та механізмів контролю.

Важливим є також функціональний підхід, який орієнтує дослідження не лише на формальне закріплення права пацієнта в законодавстві, а й на з'ясування його реальних соціально-правових функцій. Через цей підхід виявляється, як право забезпечує доступність медичної допомоги, впливає на структуру медичної послуги, визначає межі допустимого медичного ризику та формує баланс між інтересами пацієнта, лікаря і держави.

Право на медичну допомогу виступає не лише як індивідуальне благо, а і як елемент соціальної справедливості, що пов'язаний з ідеями природного права. Просвітницька традиція, зокрема ідеї Дж. Локка і Ж.-Ж. Руссо про невід'ємні права людини, стала підґрунтям для визнання права на життя і здоров'я передумовою свободи та рівності [105]. У сучасному праві ці ідеї трансформувалися в обов'язок держави гарантувати реалізацію соціальних прав, включно з правом на охорону здоров'я.

Компаративне зіставлення локківської та кантіанської традицій виявляє дискусію про природу права на медичну допомогу. Локківський підхід, орієнтований на суспільний договір і доступність ресурсів, тяжіє до позитивістського розуміння соціальних прав. Кантіанська деонтологічна етика, навпаки, наполягає на безумовній повазі до людини як мети, а не засобу. М. В. Савчин обґрунтовує, що найефективнішою є синтетична модель, яка поєднує природно-правову основу з позитивно-правовими механізмами забезпечення соціальних прав [199]. Вона дозволяє захистити це право від свавільного обмеження й водночас урахувати реальні можливості системи охорони здоров'я.

Функціональний аналіз особливо важливий для оцінки ефективності реформ у сфері охорони здоров'я. Він дозволяє встановити, чи змінюють нормативні новели реальне становище пацієнта, чи забезпечують вони практичний доступ до лікування, чи зменшують адміністративні та фінансові

бар'єри. Тому функціональний підхід поєднує юридичний аналіз із соціальною оцінкою результатів правового регулювання і дає змогу виявляти розрив між формальним закріпленням права та його фактичною реалізацією.

Не менш значущим є нормативно-правовий підхід. Він фокусується на аналізі джерел, у яких закріплено право пацієнта на отримання медичної допомоги: Конституції України, міжнародних договорів, Основ законодавства України про охорону здоров'я, спеціальних законів, підзаконних актів, локальних стандартів і клінічних протоколів. Цей підхід дає змогу простежити ієрархію приписів, виявити прогалини, колізії та суперечності, а також оцінити відповідність національного законодавства міжнародним стандартам у сфері прав пацієнтів.

Серед міжнародних стандартів важливе місце посідає Хартія основних прав Європейського Союзу 2000 р. [284]. Після набрання чинності Лісабонським договором вона стала документом первинного права ЄС, прирівняним за юридичною силою до установчих договорів Союзу. Структурно Хартія кодифікує каталог громадянських, політичних, соціальних та економічних прав у розділах «Гідність», «Свободи», «Рівність», «Солідарність», «Права громадян» і «Правосуддя», що надає їй квазіконституційного значення у правопорядку ЄС.

Для медичного права особливо важливими є положення розділів «Гідність» і «Солідарність». Стаття 3 Хартії гарантує право на повагу до фізичної та психічної недоторканності, передбачає вільну й поінформовану згоду на медичне втручання, заборону евгенічних практик, комерціалізації людського тіла та репродуктивного клонування [284]. Стаття 35 закріплює право на доступ до профілактичної медичної допомоги й лікування, а також вимагає високого рівня охорони здоров'я при формуванні та реалізації політик ЄС [284].

Отже, Хартія основних прав ЄС системно поєднує право на охорону здоров'я з людською гідністю та недоторканністю особистості. Для України, яка орієнтується на європейські стандарти, її положення мають значення ціннісно-нормативного орієнтира, насамперед щодо інформованої згоди, заборони

комерціалізації людського тіла, доступності та належної якості медичної допомоги.

Нормативно-правовий підхід також дає змогу простежити співвідношення загальних і спеціальних норм. Конституційні гарантії формують основу права на охорону здоров'я, однак їх реальний зміст розкривається через галузеві закони, підзаконні акти, медичні стандарти, клінічні маршрути пацієнта і локальні документи закладів охорони здоров'я. Саме на цьому рівні часто виникають прогалини або суперечності, які впливають на можливість пацієнта реально скористатися проголошеним правом.

У цьому ж руслі застосовується інституційний підхід, який дає змогу дослідити організаційно-правовий механізм реалізації права пацієнта. Йдеться про роль МОЗ України, Національної служби здоров'я України, професійних асоціацій, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів, через діяльність яких право набуває практичного змісту.

Для української правової системи орієнтація на Хартію має практичний вимір. Вона спонукає оцінювати національні норми не лише за формальною наявністю права на медичну допомогу, а й за тим, чи забезпечують вони доступ до інформації, добровільність згоди, належну якість допомоги та ефективні засоби захисту. Такий підхід дозволяє пов'язати євроінтеграційний напрям реформ із щоденними потребами пацієнта.

Специфіка права пацієнта на медичну допомогу зумовлює також звернення до антропоцентричного й аксіологічного підходів. У їх межах пацієнт постає центральним суб'єктом медико-правових відносин, а його гідність, життя, здоров'я та автономія – базовими цінностями, що визначають спрямованість правового регулювання. Ці підходи дозволяють узгодити юридичний аналіз з етичними й біоетичними вимогами та зберегти пріоритет прав людини.

У межах зазначених підходів використовується комплекс загальнонаукових методів. Діалектичний метод дозволяє розглядати право пацієнта у динаміці його історичного, нормативного і практичного розвитку: від початкового закріплення в міжнародних актах і конституційних нормах до

сучасних реформ охорони здоров'я. Його значення полягає у виявленні суперечностей між задекларованими стандартами та реальними механізмами їх реалізації, а також у формуванні ключових теоретичних дефініцій, зокрема понять «пацієнт», «правовий статус пацієнта», «права пацієнта» та «обов'язки пацієнта» [268, с. 51].

Важливо, що Хартія не обмежується проголошенням права на охорону здоров'я, а пов'язує його з ширшим каталогом прав людини. Такий підхід унеможлиблює вузьке тлумачення медичної допомоги лише як послуги або адміністративної процедури. У європейському правопорядку вона розглядається як сфера, де одночасно реалізуються гідність, автономія, недоторканність, рівність і солідарність. Для українського законодавства це означає необхідність поєднувати організаційні реформи з посиленням пацієнтських гарантій.

Метод аналізу та синтезу дає змогу розкрити структурну складність досліджуваного права. Аналіз виокремлює його елементи: право на доступність медичної допомоги, інформовану згоду, безпечні умови лікування, вибір лікаря, конфіденційність медичної інформації тощо. Синтез, своєю чергою, об'єднує ці елементи в цілісну конструкцію, що відображає системність і багатокомпонентність права пацієнта.

Індукція та дедукція забезпечують рух між емпіричним і теоретичним рівнями дослідження. Індуктивний підхід дозволяє узагальнювати судову практику, звернення пацієнтів, статистичні дані та результати діяльності органів захисту прав людини. Дедуктивний метод допомагає перевіряти теоретичні положення щодо обсягу прав пацієнта, принципів їх реалізації та обов'язків держави шляхом співставлення з реальними ситуаціями у сфері охорони здоров'я.

Окремо слід підкреслити, що загальнонаукові методи не конкурують між собою, а доповнюють один одного. Діалектика задає бачення розвитку і суперечностей, аналіз розкладає право на структурні елементи, синтез відновлює його цілісність, а індукція та дедукція забезпечують зв'язок між практичними

фактами і теоретичними висновками. Завдяки цьому дослідження зберігає як концептуальну глибину, так і прикладну спрямованість.

Ключове значення мають спеціально-юридичні методи. Формально-юридичний метод є базовим для з'ясування нормативного змісту права пацієнта, оскільки дає змогу аналізувати структуру правових норм, їх взаємозв'язки та юридичну техніку формулювання [268]. Він використовується для інтерпретації положень Конституції України, Основ законодавства України про охорону здоров'я, актів щодо інформованої згоди, доступності медичної допомоги та правового статусу пацієнта. Як підкреслюють О. О. Терзі та співавт., цей метод є необхідним для оцінки узгодженості правових конструкцій у сфері охорони здоров'я [236].

Історико-правовий метод дозволяє простежити еволюцію правового статусу пацієнта – від патерналістської моделі до сучасного визнання його активним носієм прав і обов'язків. На думку В. Чебана, історичне осмислення взаємин між лікарем і пацієнтом допомагає зрозуміти сучасні дискусії про межі відповідальності держави, лікаря та пацієнта в умовах реформованої системи охорони здоров'я [253].

Порівняльно-правовий метод застосовується для аналізу зарубіжного досвіду закріплення й реалізації права пацієнта на медичну допомогу. Він дає змогу виявляти кращі практики щодо доступності, фінансування, компенсації шкоди, інститутів пацієнтського омбудсмана та стандартів медичних послуг. Як зазначають Ю. В. Назарко і Н. В. Камінська, важливо не лише ідентифікувати успішні моделі, а й оцінити можливість їх адаптації до українських умов [133].

Конкретно-соціологічні та статистичні методи мають особливе значення, оскільки право пацієнта є не лише юридичною конструкцією, а й соціальним явищем. Дослідження доступності медичних послуг, опитування пацієнтів і медичних працівників, аналіз даних НСЗУ, судової практики та звернень до органів влади створюють емпіричну основу для оцінки ефективності правових гарантій. Н. М. Оніщенко слушно зазначає, що такі методи дають змогу «побачити право у дії» [138].

Діалектичний метод у цьому контексті дозволяє бачити не лише поступальний розвиток прав пацієнтів, а й суперечності, що виникають між автономією особи та публічними інтересами, між доступністю допомоги та обмеженістю ресурсів, між свободою лікарського розсуду та вимогами стандартизації. Саме виявлення таких суперечностей є передумовою для формулювання збалансованих правових рішень, які не руйнують гуманістичний зміст медичного права.

Методологію дослідження визначають також фундаментальні принципи наукового пізнання: науковості, об'єктивності, системності, комплексності та єдності теорії і практики. Науковість вимагає використання перевірених концепцій і достовірних даних, а не випадкових прикладів. Об'єктивність передбачає неупереджений аналіз нормативних, організаційних, економічних і соціальних чинників, що впливають на можливість отримання медичної допомоги.

Принцип системності забезпечує врахування зв'язків між правом пацієнта та іншими конституційними правами, а також між нормами різних галузей права – конституційного, цивільного, адміністративного, соціального забезпечення. Принцип комплексності зумовлює залучення міждисциплінарних знань медицини, економіки, соціології, етики й менеджменту, без чого неможливо адекватно оцінити реальний стан реалізації права пацієнта.

Поряд із загальнонауковими важливу роль відіграють галузеві методологічні принципи: доступності та якості медичної допомоги, справедливості й рівності доступу, гуманізму, пріоритету прав людини, безпеки медичної діяльності, відповідальності суб'єктів медико-правових відносин та інтеграції з міжнародними стандартами. Вони дозволяють оцінити, чи забезпечують чинні норми реальний, а не декларативний характер права пацієнта, а також чи не створюють дискримінаційних бар'єрів для дітей, осіб з інвалідністю, мешканців сільської місцевості, внутрішньо переміщених осіб та інших вразливих груп.

Застосування аналізу, синтезу, індукції та дедукції у поєднанні дає змогу уникнути однобічності. Суто нормативний аналіз може не показати реальних бар'єрів доступу до медичної допомоги, тоді як лише емпіричний підхід не завжди пояснює юридичну природу порушення. Тому повноцінне дослідження потребує переходу від конкретних випадків до узагальнень і, навпаки, перевірки теоретичних висновків на практичному матеріалі.

Емпіричний матеріал також необхідний для визначення пріоритетів удосконалення законодавства. Якщо статистика звернень або судова практика системно вказують на проблеми з інформованою згодою, доступом до ліків, чергами, територіальною недоступністю чи порушенням конфіденційності, ці дані мають трансформуватися у конкретні нормативні та організаційні рішення. Тому емпіричні методи виконують не допоміжну, а коригувальну функцію щодо правової доктрини.

Етико-правовий зміст права пацієнта неможливо зрозуміти поза біоетичними принципами, які утворюють морально-правове підґрунтя сучасного медичного права. Концепції Т. Бічампа і Д. Чайлдреса сформулювали чотири базові принципи біоетики: повагу автономії, незаподіяння шкоди, благодійність і справедливість [111, с. 83]. За Б. В. Островською, саме ці принципи стали мостом між етикою і правом, оскільки були інтегровані в міжнародні та національні акти щодо прав пацієнтів [145].

Принцип автономії пацієнта трансформується у правову норму інформованої згоди, яка забезпечує право на свідомий вибір медичного втручання та захищає особу від патерналістських зловживань. У вітчизняній доктрині триває дискусія щодо абсолютності автономії. М. А. Аніщенко обстоює її пріоритет як вияв поваги до людської гідності [7], тоді як інші підходи наголошують на необхідності балансу автономії з принципом благодійності у невідкладній допомозі чи психіатричній практиці [18].

Перспективною видається позиція, яка визнає презумпцію автономії пацієнта, але допускає її обмеження у чітко визначених законом випадках, за умови пропорційності втручання і процедурних гарантій контролю. Такий підхід

узгоджується з практикою Європейського суду з прав людини у справі «Гласс проти Сполученого Королівства», де примусове лікування без згоди визнано допустимим лише за наявності невідвортної загрози життю та неможливості отримати згоду пацієнта або його представників [300].

Принцип незаподіяння шкоди, відомий як *primum non nocere*, у правовому полі перетворюється на вимогу безпечності медичної діяльності та відповідальності за ятрогенні дії. Благодійність вимагає від держави активного забезпечення медичної допомоги, а справедливість – рівного доступу до неї без дискримінації за віком, статтю, соціальним статусом чи іншими ознаками. Такі принципи підтримують легітимність системи охорони здоров'я та довіру до державних інститутів.

Філософське осмислення справедливості породило дві моделі розподілу обмежених ресурсів охорони здоров'я. Егалітарний підхід, представлений у теорії Дж. Ролза, наполягає на рівності можливостей і пріоритеті найменш забезпечених верств населення [196]. Лібертаріанський підхід Р. Нозіка, навпаки, обстоює ринкові механізми і мінімальну роль держави [318].

У межах порівняльно-правового аналізу особливого значення набуває питання гармонізації українського законодавства з європейськими стандартами. Запозичення зарубіжних моделей не може бути механічним: воно має враховувати фінансові можливості системи охорони здоров'я, адміністративну спроможність держави, рівень цифровізації, доступність правової допомоги і правову культуру пацієнтів. Саме тому порівняльний метод має поєднуватися з інституційним та конкретно-соціологічним аналізом.

Порівняння цих парадигм показує, що егалітарна модель забезпечує універсальний доступ, але може стикатися з проблемами фінансової стійкості й черг, тоді як лібертаріанська стимулює інновації, однак створює ризики виключення соціально вразливих груп. Тому переконливою є солідаристська логіка, про яку пише О. В. Петришин: ефективне правове регулювання має враховувати взаємну соціальну залежність і відповідальність усіх членів суспільства [152].

Філософське осмислення права пацієнта неможливе без аналізу біоетичних дилем, пов'язаних із трансплантологією, генетичними технологіями та медичними експериментами. І. Я. Сенюта визначає біоетику як ціннісний фільтр, що спрямовує розвиток правових норм у площину гуманізму і гідності особи, не допускаючи перетворення пацієнта на об'єкт технологічного експерименту [206]. У цих сферах автономія пацієнта набуває особливого значення, оскільки передбачає право визначати межі втручання, давати або відкликати інформовану згоду.

Етичні та правові межі біомедичних практик конкретизуються у Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (Ов'єдська конвенція), яка закріплює вимогу пріоритету людини над інтересами науки чи суспільства, а також вільної й поінформованої згоди на медичне втручання [81]. Водночас держава має запобігати комерціалізації людського тіла та порушенню принципу особистої недоторканності.

Особливої уваги потребують ситуації, у яких пацієнт формально має право вибору, але фактично не може ним скористатися через брак інформації, психологічний тиск, нерівність у відносинах із лікарем або відсутність реальної альтернативи. У таких випадках автономія стає не лише питанням особистої свободи, а й питанням організації медичного процесу, професійної етики та процесуальних гарантій.

Право на цілісність особи є одним із ядрових особистих немайнових прав, що впливають із принципу поваги до людської гідності. Воно охоплює фізичну і психічну цілісність, захищаючи людину від небажаного, надмірного або принизливого втручання з боку держави, медичних працівників чи інших осіб. У праві ЄС цей підхід втілено у статті 3 Хартії основних прав ЄС, яка встановлює вимоги добровільної згоди, заборони евгенічних практик, комерціалізації людського тіла та репродуктивного клонування [284].

Принцип єдності теорії та практики має особливе значення для медичного права, адже пацієнтські права перевіряються насамперед у ситуаціях звернення за допомогою, лікування, відмови від втручання, конфлікту з лікарем або

оскарження неналежної якості послуги. Теоретична модель права пацієнта повинна бути достатньо чіткою, щоб її можна було застосувати у судовій, адміністративній та клінічній практиці без втрати її гуманістичного змісту.

Відтак, справедливість у сфері медичної допомоги не може бути зведена лише до фінансування. Вона охоплює питання територіальної доступності, своєчасності лікування, прозорості черг, захисту вразливих груп, якості інформації та можливості оскарження рішень. Саме тому правове регулювання повинно оцінюватися не тільки за обсягом проголошених гарантій, а й за тим, наскільки вони усувають фактичну нерівність.

В українському праві елементи права на цілісність закріплені у статтях 28 і 29 Конституції України, які гарантують повагу до гідності, свободу та особисту недоторканність, а також забороняють піддавати людину медичним, науковим чи іншим дослідженням без її вільної згоди [86]. Ці положення конкретизуються у статті 289 Цивільного кодексу України, яка закріплює право фізичної особи на особисту недоторканність і можливість розпорядження анатомічними матеріалами після смерті [251].

Отже, право на цілісність особи конкретизується у всій системі пацієнтських прав: праві на інформовану згоду, безпечні умови лікування, конфіденційність медичної інформації, захист від невиправданого медичного ризику та експериментальних втручань. Будь-яка модель охорони здоров'я має оцінюватися з огляду на те, наскільки вона дає пацієнтові реальну можливість зберігати фізичну й психічну цілісність, не перетворюючись на об'єкт технократичного або економічно зумовленого управління.

Етико-правовий контроль базується на повазі до гідності, а пацієнт має бути активним учасником правовідносин, а не пасивним реципієнтом медичних послуг. Це покладає на державу обов'язок створювати механізми правового захисту вразливих груп – дітей, осіб із психічними розладами та недієздатних осіб [205]. Такий підхід забезпечує зв'язок між автономією, гідністю і реальними гарантіями доступу до медичної допомоги.

Біоетичні принципи мають подвійну природу. З одного боку, вони є моральними орієнтирами професійної поведінки медичних працівників; з іншого – поступово перетворюються на юридичні критерії допустимості медичного втручання. Саме тому порушення автономії, безпеки або справедливості у сфері медичної допомоги не є лише етичним дефектом: воно може набувати значення юридично релевантного порушення прав пацієнта.

У сучасній філософії медицини дискусійним є питання застосування біотехнологій для вдосконалення людських здібностей. Б. В. Островська пов'язує право на медичні інтервенції такого типу з принципами інформованої згоди та заборони примусу [144]. У контексті генетичних технологій актуалізується також проблема рівного доступу до інноваційних медичних послуг, зокрема генетичного тестування, без дискримінаційних обмежень. Це потребує балансу між індивідуальними правами і суспільним благом, про який пише Г. А. Миронова у зв'язку з концепцією здоров'я як публічного блага [120].

Таким чином, філософські ідеї свободи, гідності, відповідальності та справедливості трансформуються у правові принципи, що визначають зміст і межі регулювання права пацієнта на медичну допомогу. Етика у цьому контексті виступає не лише моральним орієнтиром, а й критерієм тлумачення правових норм, забезпечуючи гуманістичний вимір медичної практики та непорушність фундаментальних прав людини [226].

Екзистенційний вимір хвороби також має значення для розуміння права пацієнта. Хвороба змінює межі людської свободи, ставить питання сенсу буття і потребує не лише лікування, а й підтримки, співчуття та психологічної безпеки [192]. Тому право на медичну допомогу не може зводитися до процедурних гарантій: воно має охоплювати духовно-моральні потреби особи і забезпечувати гідне ставлення до пацієнта.

При цьому автономія пацієнта не повинна тлумачитися як повна ізоляція особи від медичного фахівця чи держави. Вона передбачає поінформований, свідомий і вільний вибір, який можливий лише за умови належної комунікації, доступної форми пояснення ризиків, альтернатив лікування та можливих

наслідків відмови. Тому юридична гарантія інформованої згоди має поєднуватися з етичною вимогою поваги до пацієнта як рівноправного учасника медичного процесу.

У цьому контексті доцільним є включення до юридичних гарантій права на капеланську опіку, паліативну допомогу та соціально-психологічну реабілітацію [68]. Такі елементи виводять медичну практику за межі біологічного функціоналізму і визнають багатовимірність людського існування. І. Сенюта пов'язує правові гарантії паліативної допомоги з гуманістичними ідеями філософії права в соціальній державі [202].

Християнська етична традиція вплинула на формування права пацієнта через концепцію милосердя та служіння хворим як морального обов'язку. Християнська антропологія, що визнає безумовну цінність людського життя, стала одним із джерел сучасного розуміння прав людини у сфері охорони здоров'я. Водночас ідеї християнського гуманізму були важливими для конституційного осмислення людської гідності як абсолютної цінності [44].

Філософія стоїцизму підкреслює внутрішню свободу й стійкість перед хворобою, що у правовому полі трансформується в обов'язок держави забезпечувати паліативну допомогу і зберігати гідність пацієнта на кінцевому етапі життя. Стоїчна ідея гідності вплинула на правове регулювання питань припинення лікування та відмови від надмірних медичних втручань. Водночас у плюралістичному суспільстві принципи медичного права мають формулюватися світоглядно нейтрально, без нав'язування певної ідеології.

Зміст права на цілісність особи також охоплює заборону принизливого поводження у медичному середовищі. Неналежна комунікація, ігнорування болю, розголошення діагнозу, необґрунтоване обмеження контактів або формальне ставлення до скарг пацієнта можуть не мати вигляду фізичного насильства, проте вони здатні порушувати гідність і підривати довіру до системи охорони здоров'я.

Філософські роздуми щодо сенсу життя і страждання вплинули на становлення правових норм у сфері психіатричної допомоги. Ідея співчуття як

морального імперативу визначає принципи регулювання психіатричних відносин, спрямованих на недопущення зловживання владою під час примусового лікування [208]. Водночас Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю акцентує на доступі до медичної допомоги без дискримінації та стигматизації [84].

Справедливість у сфері охорони здоров'я має не лише розподільчий, а й процедурний вимір. Важливо не тільки те, які ресурси виділяються на медичну допомогу, а й те, за якими критеріями пацієнти отримують доступ до послуг, чи є ці критерії прозорими, передбачуваними і недискримінаційними. У цьому сенсі право пацієнта на медичну допомогу пов'язується з вимогами правової визначеності, рівності та довіри до державної політики.

В умовах цифровізації право пацієнта набуває нових вимірів. Розвиток телемедицини, електронних систем охорони здоров'я та цифрових медичних технологій актуалізує питання конфіденційності медичних даних, етичного використання штучного інтелекту та рівного доступу до цифрових сервісів. Біоетичні принципи автономії, конфіденційності, справедливості й «не нашкодь» інтегруються у нові правові механізми, а держава має запобігати цифровому розриву і зловживанню медичними даними.

Аналіз етичних проблем у медичній практиці дозволяє окреслити функції права пацієнта на медичну допомогу як правової категорії. Етика, виконуючи функцію морального самоконтролю суспільства, перетворює моральні норми на правові приписи та забезпечує баланс між свободою лікаря і безпекою пацієнта. До основних функцій належать регулятивна, охоронна, комунікативна, гарантійна, превентивна, пізнавальна, виховна, орієнтувальна, соціальна та інформаційна.

Саме тому паліативна, психологічна та духовна підтримка мають розглядатися не як факультативний додаток до лікування, а як складова належної медичної допомоги. Вони забезпечують цілісний підхід до людини, у якому юридична гарантія поєднується з етичним обов'язком співчуття. Така інтеграція

особливо важлива для пацієнтів із хронічними, невиліковними або психічними захворюваннями.

Регулятивна функція впорядковує відносини між пацієнтами, медичними працівниками, закладами охорони здоров'я і державою, визначаючи порядок надання медичної допомоги, права та обов'язки сторін. Вона пов'язана з принципом інформованої згоди, що є практичним втіленням ідеї автономії мислячого суб'єкта та його здатності до усвідомленого вибору [74].

Охоронна функція забезпечує захист пацієнта від неправомірних дій чи бездіяльності медичних працівників і органів влади, а також передбачає механізми юридичної відповідальності. Комунікативна функція, осмислена через теорію комунікативної дії Ю. Габермаса, підкреслює необхідність діалогу між суб'єктами медичних правовідносин [30]. Довіра і відкритість у взаєминах лікаря та пацієнта є ключовими умовами реалізації права на медичну допомогу [223].

Біомедичні технології посилюють напругу між свободою наукового пошуку і необхідністю захисту людини. Тому правове регулювання має не тільки дозволяти розвиток інновацій, а й встановлювати межі, які унеможливають використання пацієнта без його згоди, тиск на донора чи реципієнта, дискримінацію за генетичними ознаками або нерівний доступ до нових методів лікування. У цьому проявляється практичне значення біоетики для юридичної методології.

Гарантійна функція виявляється у покладанні на державу обов'язку створити організаційні, фінансові та правові умови для реальної доступності медичної допомоги. Превентивна функція спрямована на запобігання порушенням прав пацієнтів через стандарти медичної допомоги, правила інформованої згоди, вимоги до кваліфікації медичних працівників і якості медичних послуг.

Пізнавальна та виховна функції інтегруються у медичну освіту, адже моральна компетентність медичного працівника безпосередньо впливає на якість медичної допомоги. Орієнтувальна функція спрямовує політику держави на

пошук балансу між потребами особи та суспільними ресурсами. Я. Ф. Радиш і Т. А. Занфірова наголошують, що етико-правові норми у сфері охорони здоров'я мають запобігати дискримінації та забезпечувати соціальну справедливість [187].

Соціальна функція права пацієнта полягає у зменшенні нерівності в доступі до медичної допомоги, зміцненні довіри до системи охорони здоров'я і підтриманні соціальної стабільності. Інформаційна функція забезпечує формування у пацієнтів належного рівня правової свідомості щодо можливостей захисту своїх інтересів у сфері охорони здоров'я.

Право на цілісність особи має значення і для оцінки медичних експериментів, клінічних досліджень та інноваційних методів лікування. Навіть тоді, коли втручання має потенційну терапевтичну користь, воно повинно відповідати вимогам добровільності, пропорційності, медичної обґрунтованості та належного інформування. Інакше медична діяльність ризикує втратити свій гуманістичний зміст і перетворитися на технічне управління тілом пацієнта.

Філософські категорії добра і зла впливають на структуру правового регулювання медицини. Добро ототожнюється з благодійністю, а зло – із заподіянням шкоди; у праві ці ідеї трансформуються в норми про відповідальність медичних працівників за професійні помилки. К. О. Скриннікова підкреслює, що принцип «не нашкодь» є не лише моральною вимогою, а й правовим імперативом [215].

Категорії честі та гідності пацієнта мають пряме конституційне й цивільно-правове закріплення. Стаття 28 Конституції України гарантує повагу до гідності людини, а стаття 297 Цивільного кодексу України визначає механізми захисту честі та гідності [86; 251]. Як наголошує Ф. Р. Криничко, ці категорії відображають гуманістичну сутність права і підтримують концепцію охорони здоров'я як публічного блага [97].

Комунікативний вимір права пацієнта особливо важливий у ситуаціях невизначеності, коли медичне рішення пов'язане з ризиком або кількома можливими варіантами лікування. У таких випадках правове значення має не

лише факт підписання документа, а й реальне розуміння пацієнтом суті втручання, його очікуваних наслідків та альтернатив. Це посилює зв'язок між юридичною формою і етичним змістом інформованої згоди.

Гуманістичний підхід вимагає від держави прогресивної реалізації права на здоров'я, тобто цілеспрямованих, конкретних і максимально наближених до виконання зобов'язань дій із використанням наявних ресурсів [268, с. 46]. У цьому контексті ідея справедливості визначає розподіл ресурсів у системі охорони здоров'я, а філософія сенсу життя є підґрунтям паліативної допомоги, спрямованої на збереження гідності хворого в умовах страждання.

Утилітарна логіка, що прагне максимальної користі для суспільства, впливає на правове регулювання клінічних досліджень і експериментальних методів лікування [9]. Водночас трансплантологія потребує правових механізмів захисту донорів та реципієнтів і гарантування добровільності згоди, заснованої на повазі до людського тіла. Сучасна інтерпретація Клятви Гіппократа також залишається етичним орієнтиром професійної поведінки лікаря, включаючи повагу до життя, лікарську таємницю, утримання від зловживань і постійне вдосконалення знань.

У сфері психіатрії та наркології принцип автономії може конфліктувати з необхідністю захисту суспільства. Примусове лікування допускається лише за суворих правових і етичних обмежень, які гарантують повагу до гідності та основоположних прав пацієнта. Навіть пацієнт із психічними розладами зберігає невід'ємне право на гідність, а конфіденційність у наркологічній практиці має значення гарантії захисту від стигматизації.

Екзистенційний підхід особливо помітний у паліативній допомозі, де метою є не тільки продовження життя, а й зменшення страждання, підтримка автономії, повага до духовних переконань і забезпечення психологічного комфорту. Така допомога демонструє, що право пацієнта охоплює не лише доступ до лікувальних процедур, а й право на людяне супроводження у стані вразливості, коли гідність особи потребує особливого захисту.

Регулювання права пацієнта здійснюється за допомогою комплексу інструментів, що забезпечують його реалізацію, захист і контроль. Законодавчі інструменти становлять основу правового регулювання: закони та підзаконні акти визначають правила надання медичних послуг, ліцензування медичної діяльності, сертифікацію лікарів і реєстрацію лікарських засобів. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» встановлює права та обов'язки пацієнтів, умови надання допомоги і механізми відповідальності за порушення цих прав [143].

Адміністративні інструменти охоплюють контроль за діяльністю медичних закладів, ліцензування, сертифікацію, акредитацію та застосування санкцій за порушення стандартів. Контрольні й наглядові інструменти передбачають перевірку якості медичних послуг, дотримання етичних норм і розгляд скарг пацієнтів. Економічні інструменти – фінансове стимулювання, державне замовлення, субсидії, гранти та податкові пільги – сприяють поліпшенню якості й доступності допомоги.

Інформаційні інструменти включають електронні системи охорони здоров'я, бази даних пацієнтів, телемедичні сервіси, системи моніторингу і звітності. Вони підвищують прозорість діяльності медичних установ, забезпечують своєчасний доступ до інформації та сприяють ефективнішій реалізації прав пацієнтів. Міжнародні інструменти – конвенції, угоди й рекомендації ВООЗ та ЄС – інтегрують національну систему охорони здоров'я у світову практику і сприяють установленню спільних стандартів медичної допомоги.

Окреме значення мають договірні інструменти, зокрема договори між пацієнтами та медичними закладами, а також між закладами і страховими компаніями. Р. А. Майданик зазначає, що предметом такого договору є надання медичної послуги, яка має бути безпечною для пацієнта і водночас може включати певні ризики для його здоров'я [108]. Отже, комплексне застосування методологічних підходів, принципів, методів та інструментів дає змогу

адаптувати правове регулювання до сучасних викликів, посилити захист прав пацієнтів і підвищити якість та доступність медичної допомоги.

Така багаторівневність є особливо актуальною в умовах медичної реформи, цифровізації та воєнних викликів, коли доступність допомоги, стійкість інституцій і захист вразливих пацієнтів набувають підвищеного значення. Методологічна цілісність дозволяє не розривати правовий, етичний і організаційний аспекти, а розглядати їх як взаємопов'язані умови належної реалізації права пацієнта.

1.3 Поняття та природа права пацієнта на отримання медичної допомоги

Розглядаючи поняття та природу правового регулювання права пацієнта на отримання медичної допомоги, необхідно передусім зазначити, що це питання належить до фундаментальних проблем сучасної теорії права та юридичної науки загалом. Як слушно відзначав О. М. Геглюк, правове регулювання у сфері охорони здоров'я характеризується особливою складністю, оскільки поєднує в собі елементи конституційного, адміністративного, цивільного та соціального права, утворюючи комплексний міжгалузевий інститут, який потребує системного теоретико-правового осмислення [33]. Водночас Г. А. Миронова підкреслювала, що специфіка правового регулювання медичних відносин полягає в необхідності збалансування публічних інтересів держави щодо забезпечення здоров'я нації та приватних інтересів конкретного пацієнта щодо отримання якісної медичної допомоги, що створює особливий режим правового впливу на відповідні суспільні відносини [122].

Згідно з І. М. Шопіною, правове регулювання представляє собою здійснюваний за допомогою системи правових засобів результативний, нормативно-організаційний вплив на суспільні відносини з метою їх упорядкування, охорони та розвитку відповідно до суспільних потреб [266]. У сфері медичних правовідносин такий вплив набуває особливої специфіки,

оскільки об'єктом регулювання виступають життя та здоров'я людини – найвищі соціальні цінності, визнані як на національному, так і на міжнародному рівні.

Ю. Ю. Чуприна розглядає правове регулювання як специфічний вплив права на суспільні відносини, який здійснюється за допомогою особливої системи правових засобів – дозволів, заборон і позитивних зобов'язань, що в сукупності формують особливий правовий режим [257]. Натомість П. М. Рабінович акцентує увагу на тому, що правове регулювання у сфері реалізації соціальних прав, до яких належить право на медичну допомогу, має враховувати не лише формально-юридичні, але й соціально-економічні чинники, які визначають реальну можливість особи скористатися наданими правами [184]. Такий підхід видається більш перспективним, оскільки дозволяє врахувати комплексний характер права на медичну допомогу та особливості його реалізації в умовах обмежених ресурсів системи охорони здоров'я.

Аналізуючи співвідношення понять «правове регулювання» та «правовий вплив» у контексті забезпечення права на медичну допомогу, І. М. Погрібний зазначає, що правове регулювання є лише частиною більш широкого явища – правового впливу, який включає також інформаційний, виховний, ціннісно-орієнтаційний аспекти [154]. У медичній сфері це набуває особливого значення, адже ефективність реалізації права на медичну допомогу залежить не лише від наявності відповідних правових норм, але й від рівня правової культури як медичних працівників, так і пацієнтів. З. О. Мургустова розвиває цю думку, стверджуючи, що механізм правового регулювання медичних відносин включає не тільки нормативний компонент, але й інституційний (система органів та установ), функціональний (процеси реалізації права) та інструментальний (правові засоби) компоненти [131].

Т. М. Ямненко та М. М. Процко, зі свого боку, акцентують увагу на тому, що правове регулювання у сфері охорони здоров'я має ґрунтуватися на принципах людської гідності та справедливості, які визначають межі та спрямованість державного впливу на медичні правовідносини [272]. Водночас О. М. Шамич наголошує на необхідності розглядати правове регулювання медичної

сфери крізь призму природно-правового підходу, де право на здоров'я та медичну допомогу виступає невід'ємним природним правом людини, що лише визнається та гарантується державою, а не надається нею [258].

Принципово іншої позиції дотримується І. Я. Ляшко, яка обстоює позитивістський підхід до розуміння правового регулювання медичних правовідносин, наголошуючи на первинності нормативного закріплення та державного санкціонування права на медичну допомогу [107]. Натомість С. П. Погребняк у концепції лібертарно-юридичної теорії права розглядає правове регулювання медичної сфери як синтез формальної рівності, свободи та справедливості, де держава виступає гарантом забезпечення рівного доступу до медичної допомоги для всіх членів суспільства [153].

Аналізуючи ці підходи, можна дійти висновку, що найбільш перспективною є інтегративна концепція, яка поєднує природно-правові засади з необхідністю чіткого нормативного закріплення та державного гарантування, оскільки саме такий підхід забезпечує як визнання фундаментальної природи права на медичну допомогу, так і створення дієвих механізмів його реалізації.

Сутність права пацієнта на медичну допомогу як об'єкта правового регулювання визначається його подвійною природою – як особистого немайнового права та як соціально-економічного права. О. В. Хорошенко розглядає право на медичну допомогу передусім як особисте немайнове право, тісно пов'язане з правом на життя та здоров'я, що визначає особливий характер його правового регулювання, яке має забезпечувати максимальний захист інтересів особи [249]. Натомість О. В. Корнілова акцентує увагу на соціальній природі цього права, розглядаючи його як елемент системи соціального забезпечення, що передбачає активну роль держави в гарантуванні та фінансуванні медичної допомоги [87]. Синтетичний підхід пропонує П. О. Рабінович, який обґрунтовує комплексну природу права на медичну допомогу як біосоціального права, що поєднує природно-правові (право на життя і здоров'я) та позитивно-правові (соціальні гарантії) аспекти, що вимагає особливого механізму правового регулювання, здатного враховувати цю двоїстість [185].

Таким чином, природа правового регулювання права пацієнта на медичну допомогу в сучасних умовах – це природа «гібридної» системи, де перетинаються публічне право (організація і нагляд), приватне право (договір лікування, деліктна відповідальність), біоетика (автономія, благодіяння, справедливість) та інструменти «м'якого права» (клінічні рекомендації, етичні кодекси).

Право на медичну допомогу є одним із фундаментальних прав людини, гарантованих як на міжнародному, так і на національному рівнях. На міжнародному рівні це право закріплене в таких документах, як Загальна декларація прав людини (ст. 25), Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (ст. 12), Європейська соціальна хартія (ст. 11, 13) та ін. У національному законодавстві право на медичну допомогу гарантоване Конституцією України (ст. 49) [86], Цивільним кодексом України (ст. 283, 284) [251], Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ст. 6, 38) [143] та іншими нормативно-правовими актами.

Ю. В. Назарко зазначає, що конституційне закріплення права на охорону здоров'я створює юридичний обов'язок держави не лише утримуватися від порушень, але й активно забезпечувати можливості для реалізації цього права через створення відповідної інфраструктури та нормативних механізмів [132].

Специфічною особливістю права на медичну допомогу є те, що воно може реалізовуватися в умовах, коли пацієнт не може самостійно виразити свою волю. У таких випадках законодавство передбачає особливі процедури. Зокрема, якщо пацієнт через свій стан не здатний дати письмову згоду, його згода в усній чи іншій формі приймається лікарем у присутності двох свідків. Коли стан загрожує життю і здоров'ю і є екстрені показання, слід припускати, що така згода існує (ст. 43, ч. 2) [143]. Ця правова презумпція згоди у невідкладних випадках є предметом наукових дискусій, оскільки балансує між принципом автономії пацієнта та принципом збереження життя. Н. В. Коробцова підкреслює, презумпція згоди у критичних ситуаціях є виправданим обмеженням принципу інформованої згоди, оскільки спрямована на захист вищої цінності – життя

людини, проте вимагає чіткої законодавчої регламентації критеріїв невідкладності для запобігання зловживанням [89].

Загалом концептуальні підходи до визначення поняття медичної допомоги у вітчизняній правовій науці демонструють еволюцію розуміння цього феномена від вузького трактування як сукупності медичних процедур до широкого розуміння як комплексної системи правовідносин.

Так, Н. Б. Болотіна визначає поняття медичної допомоги як комплекс заходів медично-соціального характеру, що включає профілактичну, лікувальну, діагностичну, реабілітаційну, протезно-ортопедичну та зубопротезну допомогу, а також догляд і обслуговування дітей, хворих та інвалідів» [271, с. 605]. Водночас слід зазначити, що у наведеному визначенні авторка не конкретизує суб'єктів, які здійснюють надання медичної допомоги, що, на нашу думку, свідчить про певну неповноту сформульованого підходу.

Цей недолік частково компенсується у визначенні О. М. Лупиної, яка розглядає медичну допомогу як систему правовідносин, що виникають у зв'язку з діяльністю професійно підготовлених медичних працівників, спрямованою на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію при хворобах, травмах, отруєннях і патологічних станах, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [106, с. 416]. Такий підхід теж містить певні суперечності, зокрема щодо визначення суб'єктного складу таких правовідносин. Обмеження кола суб'єктів лише професійно підготовленими медичними працівниками не охоплює всіх можливих учасників процесу надання медичної допомоги, що свідчить про неповноту визначення.

Альтернативний підхід запропонував С. Г. Стеценко, який розглядає право на медичну допомогу як встановлену і гарантовану державою можливість особи отримати комплекс медичних заходів, що включають в себе профілактичну, діагностичну, лікувальну, реабілітаційну та паліативну допомогу, спрямованих на збереження життя, відновлення та підтримання здоров'я [226]. Цей підхід є більш комплексним, оскільки акцентує увагу на державних гарантіях як

невід'ємній складовій природи цього права, що відповідає концепції позитивних обов'язків держави у сфері соціальних прав.

В. Є. Ковригіна підкреслює, що право на медичну допомогу є складовою частиною права на охорону здоров'я і охоплює суспільні відносини, що виникають у процесі здійснення медичної діяльності [75]. Такий широкий підхід дозволяє розглядати медичну допомогу не як ізольований інститут, а як органічну частину більш загальної системи охорони здоров'я, що має важливе значення для розуміння механізмів правового регулювання у цій сфері.

Слід акцентувати про дискусійність у науковій літературі питання про межі змістовного наповнення поняття медичної допомоги та її співвідношення із суміжними категоріями. Так, А. О. Медвідь обґрунтовує розуміння медичної допомоги як ширшої за змістом категорії, що виходить за межі суто медичних процедур, передбачених стандартами. На її думку, медична допомога охоплює не лише профілактичні, діагностичні, лікувальні, протезно-ортопедичні та реабілітаційні заходи, але й включає елементи догляду та піклування за особами, які цього потребують [115, с. 140]. Такий підхід дозволяє розглядати медичну допомогу як комплексну діяльність, яка поєднує виконання формалізованих медичних функцій із забезпеченням гуманістичного догляду за пацієнтом у межах і поза межами чітко визначених процедур.

Проте існує й альтернативна позиція, представлена Т. О. Нікітіна, яка критикує надмірне розширення поняття медичної допомоги, зазначаючи, що включення до її змісту елементів соціального догляду та піклування розмиває специфіку медичної діяльності як професійної сфери, що вимагає спеціальних знань та навичок. На думку дослідниці, таке розширювальне тлумачення ускладнює визначення меж відповідальності медичних працівників та створює правову невизначеність щодо стандартів якості медичної допомоги [137].

Вважаємо, що оптимальним є компромісний підхід, за якого медична допомога розглядається як професійна діяльність медичних працівників, що включає як суто медичні втручання, так і супутні заходи догляду, які є

необхідними для досягнення терапевтичної мети, однак не поглинає весь спектр соціального обслуговування осіб з обмеженими можливостями.

Аналізуючи поняття медичної допомоги з позицій чинного законодавства, слід зазначити, що згідно зі ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», медична допомога – це діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [143]. Це легальне визначення є основою для правозастосовної практики, однак теж піддається критичному осмисленню. Зокрема, О. В. Корнілова зазначає, що законодавче визначення медичної допомоги є надто вузьким, оскільки не охоплює важливих аспектів інформаційної взаємодії між лікарем і пацієнтом, психологічної підтримки та етичних аспектів медичної практики, які є невід'ємними складовими якісної медичної допомоги у сучасному розумінні [87].

Грунтуючись на аналізі доктринальних позицій та нормативних приписів, можемо визначити право пацієнта на медичну допомогу як гарантовану державою та міжнародно-правовими актами можливість особи отримати професійну діяльність медичних працівників, спрямовану на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами, за умови дотримання принципів якості, доступності, своєчасності та поваги до гідності пацієнта. Це визначення відображає багатоаспектну природу такого права, поєднуючи його публічно-правові гарантії з приватноправовими механізмами реалізації.

Природа правового регулювання права пацієнта на медичну допомогу характеризується складною диференціацією видів медичної допомоги, що зумовлено різноманітністю медичних ситуацій та необхідністю забезпечення адекватної відповіді системи охорони здоров'я на різні за характером та терміновістю потреби населення. Так, відповідно до статті 35 Закону України

«Основи законодавства України про охорону здоров'я», медична допомога за видами поділяється на:

1. Екстрену – медична допомога надається у разі раптового погіршення фізичного або психічного здоров'я пацієнта, яке становить пряму та невідворотну загрозу його життю та здоров'ю або оточуючих і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин, що накладає на систему охорони здоров'я особливі вимоги щодо оперативності реагування та безумовності надання такої допомоги незалежно від наявності страхового полісу чи фінансової спроможності пацієнта;

2. Первинну – медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, що робить цей рівень медичної допомоги ключовим елементом системи охорони здоров'я, який забезпечує первинний контакт пацієнта з медичною системою та координацію подальшого лікувального процесу;

3. Вторинну (спеціалізовану) – медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

4. Третинну (високоспеціалізовану) – медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування хвороб, травм, отруень, патологічних станів, ведення фізіологічних станів (під час вагітності та пологів) із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності.

5. Паліативну – комплекс заходів, спрямованих на поліпшення якості життя пацієнтів та членів їх сімей, які стикаються з проблемами, пов'язаними із загрозливим для життя захворюванням, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню та точному діагностуванню (оцінці) проблем і проведенню адекватних лікувальних заходів (при больовому синдромі та інших розладах життєдіяльності), а також надання психосоціальної та моральної підтримки;

6. Медичну реабілітацію – вид медичної допомоги, що надається пацієнтам в амбулаторних або стаціонарних умовах і включає систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання [143].

Принципова важливість такої диференціації медичної допомоги обґрунтовується у працях З. С. Гладуна, який зазначає, що класифікація видів медичної допомоги має не лише теоретичне, але й практичне значення, оскільки дозволяє визначити рівень надання медичної допомоги та відповідні вимоги до закладів охорони здоров'я та медичних працівників, а також сприяє оптимізації використання ресурсів системи охорони здоров'я через забезпечення етапності та наступності медичної допомоги [36].

У контексті аналізу природи правового регулювання права на медичну допомогу принципове значення має співвідношення цього права з правом на охорону здоров'я, де останнє є більш загальною категорією, а перше – конкретизацією, що має свої особливі правові механізми реалізації та захисту.

Як зазначає З. С. Скалецька, право на медичну допомогу є одним із ключових елементів змісту права на охорону здоров'я, однак не вичерпує його повністю, оскільки охорона здоров'я включає також санітарно-епідеміологічне благополуччя, профілактику захворювань на популяційному рівні, забезпечення екологічної безпеки, безпечних умов праці та інші аспекти, що створюють передумови для збереження та зміцнення здоров'я населення [214].

Ефективність реалізації права на медичну допомогу безпосередньо залежить від рівня правосвідомості, доступності інформації та чіткого нормативного регулювання, що підкреслює комплексний характер механізму забезпечення цього права.

О. В. Хорошенюк та О. О. Доценко зазначають, що сучасне право на медичну допомогу включає низку складових: право на охорону здоров'я, право на медичну допомогу, право на інформацію про стан здоров'я, право на участь у медичних експериментах, право на таємницю щодо стану здоров'я, права фізичної особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні тощо [249].

Однак вважаємо, що перелік таких елементів у чинному законодавстві не є вичерпним і потребує розширення сфери правового регулювання з урахуванням сучасних викликів, зокрема розвитку телемедицини, персоналізованої медицини, біомедичних технологій та штучного інтелекту у медичній практиці.

Так, основними елементами права пацієнта на медичну допомогу є, насамперед, право на доступ до медичних послуг, що означає гарантовану державою можливість пацієнта отримати медичну допомогу на найвищому можливому рівні без дискримінації за будь-якими ознаками, включаючи майновий стан, місце проживання, соціальне походження, расову чи етнічну приналежність, що конкретизується в законодавстві України, зокрема Основами законодавства про охорону здоров'я (ст. 6, 34, 38) [143]. Рівний доступ до медичної допомоги є не лише правовою вимогою, але й етичним імперативом сучасної медицини, що відображає гуманістичні цінності демократичного суспільства.

Право на інформовану згоду становить другий важливий елемент структури права на медичну допомогу та передбачає право пацієнта на отримання вичерпної, достовірної та зрозумілої інформації про стан здоров'я, цілі, методи і наслідки лікування, а також на прийняття автономного рішення щодо лікування, включаючи право на відмову від медичного втручання. Цей принцип відображає фундаментальну зміну парадигми медичної практики від патерналістської моделі, коли лікар одноосібно приймав рішення про лікування, до партнерської моделі, що визнає автономію пацієнта та його право на самовизначення. Як зазначають Ю. І. Марков і А. О. Жежер, інформована згода є не просто формальною процедурою отримання дозволу на медичне втручання, а процесом комунікації між лікарем і пацієнтом, що дозволяє останньому зробити усвідомлений вибір на основі повного розуміння ситуації, що відповідає принципу поваги до людської гідності та автономії особистості [110].

Право на лікарську таємницю, як третій елемент права на медичну допомогу, забезпечує збереження конфіденційності інформації про стан здоров'я, діагноз, результати лікування та іншу особисту інформацію пацієнта, що передбачено статтею 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я та статтею 286 Цивільного кодексу України [143; 251].

Розголошення лікарської таємниці можливе лише у випадках, передбачених законом, зокрема в інтересах охорони здоров'я населення або за рішенням суду, що створює баланс між приватним інтересом пацієнта у збереженні конфіденційності та публічним інтересом у захисті громадського здоров'я.

Право на вибір лікаря і закладу охорони здоров'я як четвертий елемент права на медичну допомогу передбачає можливість пацієнта вільно обирати лікаря, а також змінити лікаря або заклад охорони здоров'я, дотримуючись порядку, визначеного законодавством, що закріплено у статті 38 Основ законодавства України про охорону здоров'я [143]. Це право є важливим механізмом забезпечення якості медичної допомоги через створення конкурентного середовища серед медичних закладів та лікарів, а також сприяє

формуванню довірчих відносин між пацієнтом і лікарем, які є необхідною передумовою ефективного лікування.

Право на оскарження дій медичних працівників як п'ятий елемент структури права на медичну допомогу гарантує пацієнту можливість оскаржити ненадання чи неякісне надання медичної допомоги як у досудовому, так і в судовому порядку, що є важливим механізмом захисту прав пацієнтів та забезпечення підзвітності медичних працівників і закладів охорони здоров'я. О. П. Петрова зазначає, що ефективність механізму оскарження залежить від доступності правової допомоги, спрощення процедур досудового врегулювання спорів, можливості проведення незалежної медичної експертизи та адекватності санкцій за порушення прав пацієнтів, що у сукупності має забезпечити реальну, а не декларативну можливість захисту порушених прав [221].

Медична допомога як особливий вид професійної діяльності характеризується низкою ключових ознак, розуміння яких є необхідним для правильного застосування правових норм у сфері охорони здоров'я. Насамперед слід зазначити, що медичну допомогу надають винятково професійно підготовлені фахівці – медичні працівники та установи, які мають відповідну ліцензію відповідно до статті 1 Основ законодавства України про охорону здоров'я [143], що підкреслює професійний характер медичної діяльності та необхідність наявності спеціальних знань, умінь та навичок для її здійснення. Крім того, медична допомога спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію з урахуванням соціальної відповідальності за здоров'я населення, що свідчить про публічний характер медичної діяльності та її значення не лише для окремого пацієнта, але й для суспільства загалом. Водночас, процес надання медичної допомоги зазвичай є тривалим та включає кілька етапів – від звернення пацієнта до завершення лікування, що вимагає координації дій різних медичних працівників і закладів та забезпечення наступності на всіх етапах надання медичної допомоги.

Важливою характеристикою медичної допомоги є активна участь пацієнта, який має право на вибір лікаря, методу лікування та закладу охорони здоров'я

відповідно до статті 38 Основ законодавства України про охорону здоров'я [143], що відображає принцип партнерства між лікарем і пацієнтом та визнання автономії пацієнта у прийнятті медичних рішень. Також медична допомога має бути своєчасною, якісною, стандартизованою відповідно до клінічних протоколів та здійснюватися з урахуванням оптимального використання ресурсів, що вимагає від системи охорони здоров'я забезпечення балансу між доступністю, якістю та економічною ефективністю медичних послуг.

Досліджуючи питання класифікації видів медичної допомоги з позицій правового регулювання, О. В. Корнілова здійснила комплексний аналіз чинної нормативно-правової бази у сфері надання медичної допомоги населенню та запропонувала багатокритеріальну класифікацію медичної допомоги. Зокрема, за критерієм джерела фінансування медична допомога поділяється на безоплатну та платну; за категоріями населення, яким вона надається, виокремлюється допомога у зв'язку з материнством, особам, позбавленим волі, внутрішньо переміщеним особам, хворим на соціально небезпечні захворювання тощо. Окремо визначено класифікацію за суб'єктами надання: медична допомога може надаватися як медичними працівниками, так і немедичними особами або третіми особами, що перебувають поруч. Крім того, медична допомога розрізняється і за місцем надання – вона може здійснюватися у закладах охорони здоров'я, спеціалізованих установах або безпосередньо за місцем проживання (вдома) [88, с. 88–89]. Такий підхід є прийнятним і дозволяє комплексно охарактеризувати правове поле організації надання медичної допомоги з урахуванням різноманітності обставин і суб'єктного складу відповідних правовідносин.

На думку В. Є. Ковригіної, права людини на медичну допомогу доцільно класифікувати на загальні та спеціальні [75]. До загальних прав належать універсальні права, що стосуються кожного пацієнта незалежно від конкретної медичної ситуації. Серед них – право на охорону здоров'я, право на медичну допомогу (включаючи безоплатну), право на медичне страхування, на безпечне для життя і здоров'я довкілля, на відшкодування шкоди, завданої порушенням зазначених прав, право на вибір лікаря і методу лікування (у тому числі

проведення консиліуму), право на інформовану згоду або відмову від лікування, право на збереження лікарської таємниці, на проходження медичної експертизи, а також низку прав пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні.

У свою чергу, до спеціальних прав належать ті, що реалізуються в окремих, більш специфічних сферах медичної практики. Зокрема, це права у зв'язку з участю в медико-біологічних експериментах, використанням репродуктивних технологій, донорством, терапевтичним клонуванням, медичною корекцією статі, а також права на естетичну хірургію і трансплантацію органів. Крім того, до спеціальних прав належить право на оскарження незаконних рішень та дій медичних працівників або органів управління у сфері охорони здоров'я, право на відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю, та право на захист від дискримінації, зумовленої станом здоров'я [75, с. 227–228]. Такий поділ, на наш погляд, дозволяє краще структурувати правовий зміст інституту медичної допомоги та окреслити межі юридичних гарантій у загальній і спеціалізованій медичній практиці.

Водночас необхідно чітко розмежовувати поняття «медична допомога» та «медична послуга» за принципом «ціле – частина». О. С. Мостовенко наголошує на принциповій різниці між цими категоріями, розглядаючи медичну допомогу як ширше поняття, що охоплює комплекс дій, спрямованих на підтримку, поліпшення або відновлення стану здоров'я, здійснення профілактичних заходів, діагностику та лікування захворювань, а також надання відповідної підтримки у випадках, не пов'язаних безпосередньо з хворобами [130]. Натомість медична послуга, на його думку, є складовим елементом сфери медичної допомоги, що реалізується в межах конкретних суспільних відносин між пацієнтом і суб'єктом надання допомоги [130].

О. В. Чехун пише, що медична послуга є складовою частиною медичної допомоги, правові відносини щодо надання якої регулюються договором про надання медичної послуги. Водночас ця послуга не є тотожною медичній допомозі, оскільки остання має ширший зміст і охоплює більш комплексну систему заходів [255, с. 216].

На думку Р. А. Майданика, медична послуга відрізняється від інших видів послуг насамперед своїм об'єктом – людським організмом. Її основною метою є забезпечення, підтримання або поліпшення стану здоров'я пацієнта, який слід розуміти не лише як відсутність фізичних вад чи хвороб, а як стан повного фізичного, психічного та духовного благополуччя [108, с. 52].

Узагальнюючи наведені підходи, варто зазначити, що співвідношення понять «медична допомога» та «медична послуга» має розглядатися не як протиставлення, а як системна взаємозалежність. Медична допомога, на нашу думку, є родовим поняттям, яке охоплює всі види діяльності, спрямовані на збереження, відновлення та зміцнення здоров'я людини, включно з профілактичними, лікувально-реабілітаційними, а також організаційно-управлінськими заходами. Медична послуга у цьому контексті виступає конкретизованим проявом медичної допомоги, що набуває форми правовідносин між пацієнтом і суб'єктом медичної діяльності, оформлених у договірно-правовому або адміністративно-правовому порядку.

Таким чином, медична послуга є юридичною формою реалізації права на медичну допомогу, через яку забезпечується практичне втілення цього права в межах конкретних життєвих ситуацій. Відтак недоцільно їх ототожнювати, оскільки це призводить до нівелювання соціально-правового змісту медичної допомоги як конституційно гарантованого блага. Оптимальним є інтегративний підхід, що поєднує публічно-правовий характер медичної допомоги з приватно-правовою природою медичної послуги, що дозволяє забезпечити як загальносоціальні гарантії, так і індивідуальні інтереси пацієнта.

Відповідно до статті 35-1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», медична допомога може надаватися в таких формах: 1) за місцем знаходження (перебування) пацієнта; 2) в амбулаторних умовах (у тому числі в умовах стаціонару денного перебування); 3) в умовах стаціонару (цілодобового перебування, перебування у стаціонарі протягом певного часу протягом доби) [143].

Крім того, відповідно до ст. 33 Закону, медична допомога надається відповідно до медичних показань професійно підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільно-правових відносинах [143].

Тобто форми надання медичної допомоги визначають організаційну складову процесу надання медичної допомоги, що має важливе значення для забезпечення доступності медичної допомоги для всіх категорій населення.

З. С. Гладун зазначає, що вибір форми надання медичної допомоги залежить від багатьох факторів, серед яких основними є медичні показання, стан пацієнта, наявність відповідних ресурсів у закладі охорони здоров'я та інші обставини [36].

З огляду на критерій необхідності та терміновості медичного втручання, нормативне регулювання передбачає поділ екстреної медичної допомоги залежно від клінічного стану пацієнта. Зокрема, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 року № 1271 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події» [175], екстрена медична допомога класифікується на чотири категорії: критичну, екстрену, неекстрену та непрофільну. Такий підхід забезпечує диференційовану організацію реагування відповідних служб залежно від рівня загрози для життя і здоров'я пацієнта, а також оптимізує використання ресурсів у системі надання швидкої медичної допомоги.

Види медичної допомоги доцільно класифікувати й з урахуванням категорії населення, якій вона надається. Однією з таких категорій є медична допомога, пов'язана з материнством. Важливо враховувати, що мати та дитина належать до однієї з найбільш вразливих груп населення і посідають пріоритетне

місце у системі охорони здоров'я, що обумовлює підвищену увагу до якості та доступності відповідних медичних послуг [88, с. 84].

Таким чином, класифікація видів та форм медичної допомоги сприяє визначенню обсягу та специфіки медичної допомоги, що надається пацієнту, а також вимог до закладів охорони здоров'я та медичних працівників.

Водночас забезпечення права пацієнта на медичну допомогу включає також систему контролю якості наданих медичних послуг. Згідно з нормативними вимогами, контролю якості медичної допомоги обов'язково підлягають: а) летальні випадки; б) випадки ускладнень; в) випадки первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку; г) випадки повторної госпіталізації з приводу того самого захворювання протягом року, а також інші випадки, що можуть свідчити про порушення якості медичної допомоги [176].

Ю. В. Стеценко трактує якість медичної допомоги як співвідношення очікувань пацієнта і медичного працівника з фактичними результатами лікування, при цьому ключову роль відіграють рівень матеріально-технічного забезпечення закладу охорони здоров'я, кваліфікація медичного персоналу та стан здоров'я пацієнта [224, с. 79–81].

На думку Я. М. Шатковського, для забезпечення належної якості медичних послуг слід комплексно аналізувати чинники, що впливають на ці процеси. Серед них він виокремлює належне фінансування системи охорони здоров'я, ефективні організаційні технології, вирішення кадрових питань, застосування стандартів медичної допомоги, а також рівень правової культури та правосвідомості медичних працівників [260, с. 76–77].

У свою чергу, О. Л. Зюков розглядає якість медичної допомоги як складну багатокомпонентну категорію, що поєднує два виміри – об'єктивний (технічний) та суб'єктивний (сприйнятий). Перший передбачає реалізацію лікувальних, діагностичних, профілактичних і організаційних заходів відповідно до визначених технологій з метою досягнення позитивного результату. Суб'єктивний аспект стосується індивідуального сприйняття пацієнтом процесу отримання медичної допомоги [62, с. 59]. Саме такий підхід дозволяє чітко

розмежувати зовнішні (об'єктивні) та внутрішні (суб'єктивні) чинники якості, що, в свою чергу, створює передумови для всебічної оцінки якості надання медичної допомоги в межах контрольної діяльності держави у сфері охорони здоров'я.

Попри відсутність усталеного єдиного визначення, у сучасній науковій думці виділяють три рівні критеріїв оцінки якості медичної допомоги: 1) структурний – охоплює технічне забезпечення, кадровий потенціал, організаційні аспекти діяльності; 2) процесуальний – включає характеристики самого процесу надання допомоги (його обґрунтованість, адекватність, компетентність персоналу); 3) результативний – оцінює наслідки медичного втручання, рівень задоволеності пацієнта, біологічну динаміку захворювання, ускладнення, рівень смертності [103, с. 150].

Відповідно, якість медичної допомоги – це інтегральна характеристика, що ґрунтується на порівнянні очікуваних (стандартизованих) результатів медичного втручання з фактично досягнутими, з урахуванням кадрового, технічного, логістичного потенціалу медичного закладу та динаміки стану здоров'я пацієнта.

Аналізуючи проблематику правового регулювання права пацієнта на медичну допомогу в Україні, необхідно звернути увагу на системні виклики, які, незважаючи на законодавче закріплення (зокрема, ст. 49 Конституції України, ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я [86; 143]), ускладнюють реалізацію цього права, залишаються системними та багатоаспектними. Насамперед йдеться про нерівномірний доступ до медичних послуг, що зумовлений територіальною диспропорцією у забезпеченні медичними кадрами та технічною базою. Пацієнти, які проживають у сільській місцевості або у віддалених регіонах, фактично перебувають у менш сприятливому становищі, що порушує принцип рівності в реалізації прав.

До вагомих викликів також належить недостатній рівень фінансування сфери охорони здоров'я, що негативно впливає на гарантії безоплатності медичної допомоги. Незважаючи на реформу фінансування, яка передбачає перехід на модель «гроші йдуть за пацієнтом», хронічна нестача ресурсів

створює умови для комерціалізації базових послуг. Окрім того, ефективна реалізація права пацієнта на медичну допомогу ускладнена відсутністю чітких правових механізмів його захисту: формалізованість норм не супроводжується належною процесуальною реалізацією та дієвим судовим або адміністративним захистом.

Суттєвою є також проблема низького рівня правової культури серед як пацієнтів, так і медичних працівників. Недостатня інформованість щодо обсягу прав, процедур інформованої згоди, права на медичну таємницю, механізмів оскарження неякісного лікування тощо призводить до зловживань та порушень. Крім того, актуальним залишається питання формального підходу до дотримання стандартів якості медичної допомоги та відсутності ефективного контролю за їх виконанням.

Особливої уваги потребує також ситуація з доступом до високоспеціалізованої або високотехнологічної медичної допомоги, який нерідко ускладнюється адміністративними бар'єрами, дефіцитом фахівців, а також невизначеністю щодо обсягів послуг, гарантованих державою у межах Програми медичних гарантій. При цьому найбільш вразливими в контексті порушення права на медичну допомогу залишаються окремі категорії населення – зокрема, особи з інвалідністю, люди похилого віку, пацієнти з психічними розладами або ВІЛ-статусом, які нерідко зазнають стигматизації або дискримінаційного ставлення.

Усе зазначене вище свідчить про необхідність удосконалення як нормативної, так і організаційної складової механізму забезпечення права пацієнтів на медичну допомогу, із посиленням акценту на юридичних гарантіях, підвищенні стандартів якості, рівня медичної та правової освіти, а також ефективному державному контролю у цій сфері.

Таким чином, узагальнюючи проаналізовані доктринальні позиції щодо поняття та природи правового регулювання права пацієнта на медичну допомогу, можемо констатувати, що це право має складну багатоаспектну природу, яка поєднує публічно-правові та приватноправові елементи. З одного

боку, воно є конституційно гарантованим соціальним правом, реалізація якого передбачає активну роль держави у функціонуванні системи охорони здоров'я, фінансуванні закладів, підготовці кадрів та забезпеченні доступності послуг. З іншого боку, це право реалізується через приватноправові механізми, зокрема договори про надання медичних послуг, інформовану згоду, лікарську таємницю та цивільно-правовий захист порушених прав. Правове регулювання має забезпечувати баланс між правами пацієнтів, суспільними інтересами та реальними можливостями системи охорони здоров'я. Право пацієнта на медичну допомогу є фундаментальною складовою права на охорону здоров'я, яке, попри нормативне закріплення, стикається з проблемами практичної реалізації в Україні. Серед ключових викликів визначено нерівномірний доступ до медичних послуг, недостатнє фінансування галузі, низький рівень правової культури, формальний підхід до стандартів якості та відсутність ефективних механізмів юридичного захисту. Аналіз теоретичних підходів до визначення медичної допомоги та її класифікації показав необхідність уточнення понятійного апарату й механізмів регулювання. У контексті реформування системи охорони здоров'я особливого значення набуває вдосконалення організаційних і фінансових механізмів, спрямованих на гарантування доступності та якості медичних послуг.

Висновки до Розділу 1

1. Аналіз гносеологічних засад права пацієнта на отримання медичної допомоги свідчить про його поступову еволюцію від емпіричних, звичаєвих форм у первісних і давньоруських суспільствах до комплексного конституційного права в сучасній Україні, де здоров'я визнається фундаментальною цінністю, що вимагає державного втручання та етико-правового регулювання. Витоки цього права кореняться в античних традиціях Гіппократа та Галена, які заклали принципи нешкідливості та користі, трансформовані через візантійсько-християнський вплив у Київській Русі, де монастирська медицина Агапіта Печерського втілила ідею безоплатної допомоги як акту милосердя, а світська практика, відображена в Руській Правді, ввела елементи оплатності та компенсації за лікування, формуючи дуалізм між благодійністю та професійною діяльністю. Цей дуалізм зберігався в литовсько-польську добу та козацьку епоху, коли Магдебурзьке право та гетьманські універсали інтегрували європейські стандарти, а праці Юрія Дрогобича та Христофора Жонча підкреслили гуманістичний і державний аспекти медичної допомоги, перетворюючи її з приватної практики на соціальний обов'язок, що особливо проявилось в земській реформі XIX століття з внеском Миколи Пирогова та Данила Заболотного, які обґрунтували публічну відповідальність за охорону здоров'я через профілактику та епідеміологічний контроль. Кардинальна зміна в уявленнях про роль держави у сфері охорони здоров'я відбулася лише зі зміцненням абсолютизму, коли держава поступово перебрала на себе функцію регулювання та контролю медичної діяльності, що раніше була розпорошена між церквою, міськими громадами та приватними практиками.

2. У радянський період гносеологічна парадигма зазнала ідеологічної трансформації, де право на медичну допомогу, закріплене в Конституціях 1936 та 1977 років, стало інструментом етатизму, з акцентом на безоплатність і диспансеризацію як засоби збереження трудових ресурсів, але з обмеженням автономії пацієнта через патерналістську модель, що ігнорувала інформовану

згоду та конфіденційність, на противагу Нюрнберзькому кодексу 1947 та Декларації Гельсінкі 1964, які вплинули на глобальні стандарти захисту прав людини в медицині. Після здобуття незалежності в 1991 році українське законодавство, зокрема Основи 1992 року та Конституція 1996, перейшло до плюралістичної моделі, де право на охорону здоров'я (ст. 49) поєднує державні гарантії з елементами страхування та приватної ініціативи, інтегруючи міжнародні норми Загальної декларації прав людини 1948 та Лісабонської декларації 1981, що підкреслюють автономію пацієнта, право на інформацію та гідність, перетворюючи медичну допомогу на партнерські відносини між державою, медичними працівниками та особою. Така еволюція відображає перехід від колективістського підходу до індивідуалізованого, де медична допомога охоплює не лише профілактику, діагностику та лікування, але й етичні принципи, забезпечуючи баланс між публічними обов'язками держави та приватними правами пацієнта.

3. Філософське осмислення права пацієнта на медичну допомогу виявило, що його формування відбувалося на перетині трьох інтелектуальних традицій – філософської, етичної та юридичної, які у своєму синтезі утворили підґрунтя сучасної доктрини прав пацієнтів. Філософія Просвітництва, розроблена Джоном Локком та Жан-Жаком Руссо, стала теоретичним фундаментом для конституційного закріплення соціальних прав, включаючи право на охорону здоров'я, як обов'язку держави перед громадянином. Кантіанська деонтологічна етика з її категоричним імперативом поваги до людської гідності трансформувалася у правові принципи, що визначають зміст і межі правового регулювання права пацієнта на медичну допомогу. Сучасні біоетичні принципи – повага автономії, незаподіяння шкоди, благодійність і справедливість, сформульовані Т. Бічампом і Д. Чайлдресом, стали мостом між етикою і правом, оскільки були інтегровані в міжнародні та національні акти, що регулюють права пацієнтів.

4. Компаративний аналіз теоретичних підходів до розуміння природи правового регулювання права пацієнта на медичну допомогу засвідчив наявність двох конкуруючих парадигм: природно-правової, яка розглядає це право як

невід'ємне природне право людини, що лише визнається та гарантується державою, та позитивістської, що наголошує на первинності нормативного закріплення та державного санкціонування. Найбільш перспективним визнано інтегративний підхід, який поєднує природно-правові засади з необхідністю чіткого нормативного закріплення та державного гарантування, оскільки саме такий підхід забезпечує як визнання фундаментальної природи права на медичну допомогу, так і створення дієвих механізмів його реалізації. Дослідження виявило подвійну природу права пацієнта на медичну допомогу як особистого немайнового права та як соціально-економічного права, що визначає особливий характер його правового регулювання, яке має забезпечувати максимальний захист інтересів особи та водночас враховувати об'єктивні можливості системи охорони здоров'я.

5. Аналіз чинного законодавства України дозволив визначити право пацієнта на медичну допомогу як гарантовану державою та міжнародно-правовими актами можливість особи отримати професійну діяльність медичних працівників, спрямовану на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами, за умови дотримання принципів якості, доступності, своєчасності та поваги до гідності пацієнта. Структурний аналіз змісту цього права виокремив такі основні елементи: право на доступ до медичних послуг, право на інформовану згоду, право на лікарську таємницю, право на вибір лікаря і закладу охорони здоров'я та право на оскарження дій медичних працівників. Систематизація видів та форм медичної допомоги показала необхідність диференційованого підходу до правового регулювання залежно від терміновості, складності та специфіки медичного втручання. Водночас виявлено численні проблеми практичної реалізації права на медичну допомогу в Україні, серед яких нерівномірний доступ до медичних послуг, недостатнє фінансування галузі, низький рівень правової культури, формальний підхід до стандартів якості та відсутність ефективних механізмів юридичного захисту прав пацієнтів, що актуалізує необхідність подальшого вдосконалення нормативної та організаційної складової механізму забезпечення цього фундаментального права людини.

РОЗДІЛ 2

МЕХАНІЗМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ПАЦІЄНТА НА ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

2.1 Правовий механізм забезпечення права пацієнта на медичну допомогу: поняття та ознаки

Проблематика забезпечення права пацієнта на медичну допомогу належить до найбільш актуальних питань сучасної теорії держави і права, оскільки торкається фундаментальних засад правової державності та соціальної спрямованості публічної влади. Це зумовлено глобальними процесами гуманізації правових систем, стрімким розвитком біомедичних технологій та необхідністю побудови ефективної моделі взаємовідносин між державою, закладами охорони здоров'я та індивідом. Право на медичну допомогу є фундаментальним, невідчужуваним благом, що безпосередньо пов'язане із забезпеченням найвищих конституційних цінностей – життя та здоров'ям людини. Так, Конституція України у статті 49 закріплює право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, встановлюючи при цьому, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, а існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [86]. Проте саме по собі конституційне проголошення цього права без належного механізму його забезпечення залишається декларативним. Як слушно зазначає Ю. В. Губаль, стан справ у сфері забезпечення прав і свобод людини та їх практична реалізація є тим критерієм, за яким оцінюється рівень демократичного розвитку будь-якої держави і суспільства загалом [42, с. 71], а жодна держава світу не може вважатися соціальною, якщо рівень реалізації права на охорону здоров'я та медичну допомогу не відповідає реальним потребам населення та вимогам, встановленим міжнародними стандартами. Саме тому розкриття механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу є необхідною передумовою для формулювання конкретних пропозицій щодо

удосконалення правового регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я в Україні, особливо в умовах безпрецедентних викликів, пов'язаних із повномасштабною збройною агресією, глибокими соціально-економічними трансформаціями та активним реформуванням системи охорони здоров'я.

Для з'ясування сутності та функціональної природи механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу необхідно передусім звернутися до загальнотеоретичної категорії «механізм правового регулювання» (далі – МПР), яка має усталене місце в загальній теорії права.

Етимологічно термін «механізм» (грец. «mechanē» – машина) вживається у двох значеннях: прямому (технічному), яке позначає внутрішній устрій машини або приладу, що забезпечує їхню роботу, та переносному, яке означає внутрішню структуру, що визначає порядок певного виду діяльності, систему функціонування чогось, апарат для виконання конкретної діяльності [20].

У філософському контексті «механізм» описує систему рухів або подій, а також інструмент чи пристрій, через який ці рухи відбуваються відповідно до закономірностей природи. Сутність цього поняття полягає в тому, що механізм описує послідовність станів чи процесів, які утворюють певну систему або порядок діяльності [263], тобто є впорядкованим ланцюгом дій або явищ, що взаємодіють і забезпечують ефективне виконання конкретного виду діяльності чи досягнення певної мети. Саме ця системна характеристика є ключовою для розуміння механізму забезпечення суб'єктивних прав: він не зводиться до окремої правової норми чи інституції, а представляє собою цілісну, динамічну систему взаємопов'язаних елементів, що функціонують у напрямку досягнення конкретного правового результату – реального і безперешкодного здійснення права пацієнта на медичну допомогу.

У вітчизняній загальній теорії права питання МПР досліджували у своїх працях чимало вчених, зокрема Ю. В. Кривицький, А. І. Коструба, К. Г. Волинка, І. П. Голосніченко, С. В. Бобровник, Р. Б. Шишка, О. М. Калашник, Ю. А. Ведерніков, А. В. Папірна, а в контексті медичного права – І. Я. Сенюта, С. Г. Стеценко, В. М. Костюк, С. Б. Булеца, Р. А. Майданик та ін. Водночас серед

науковців дотепер немає однастайності щодо поняття та структури МПР, що обумовлює необхідність дискусійного аналізу наявних підходів.

Так, О. В. Зайчук та Н. М. Оніщенко визначають правове регулювання як вплив права на суспільні відносини через певні юридичні засоби з метою підпорядкування поведінки людей встановленому правопорядку [232, с. 296]. М. І. Козюбра та С. П. Погребняк акцентують увагу на тому, що правове регулювання полягає у впорядкуванні поведінки учасників суспільних відносин через використання спеціальних юридичних засобів і методів [57, с. 95]. В. М. Соловійов наголошує на владному характері такого впливу, який держава реалізує через використання всіх юридичних засобів з метою закріплення, упорядкування, розвитку та охорони суспільних відносин [218]. Як бачимо, правове регулювання у сучасній юридичній науці розглядається як багатогранне явище – і як системне явище в праві, і як організація відносин через норми права, і як механізм юридичного впливу держави та суспільства на суспільні відносини, і як процес впорядкування за допомогою відповідних засобів і методів [64].

Що стосується безпосередньо категорії МПР, то в українській правовій доктрині сформувалося кілька основних підходів до її тлумачення, кожен із яких має свої переваги та обмеження при застосуванні до сфери забезпечення права пацієнта на медичну допомогу. По-перше, МПР як система взаємопов'язаних юридичних засобів, що забезпечують здійснення правового впливу, тобто як спосіб функціонування єдиної правової системи, який проявляється через взаємозв'язки між її складовими елементами [28, с. 108]. По-друге, МПР як комплексна система, що охоплює і впорядковує всі правові засоби, формуючи їх у цілісний механізм із взаємопов'язаними елементами, кожен з яких виконує свою специфічну функцію [38, с. 54]. По-третє, МПР як один із компонентів правового впливу, разом з об'єктом та методами правового впливу на суспільні відносини [16]. Такий підхід, безумовно, є корисним для розуміння МПР у контексті більш широкої правової системи, однак, на нашу думку, він обмежує можливість повного розкриття механізму як автономної системи з власною внутрішньою структурою і динамікою, оскільки зведення МПР лише до

компонента правового впливу може зменшити його самостійне значення як складного і багатофункціонального процесу. Це особливо критично для сфери охорони здоров'я, де механізм забезпечення права на медичну допомогу потребує не просто формального «впливу», а комплексної системи, що охоплює нормотворчість, правозастосування, інституційне забезпечення, контроль якості та доступності медичних послуг.

Значно більш продуктивним для нашого дослідження є позиція О. М. Калашника, який трактує МПР як систему правових засобів, організованих для подолання перешкод, які стоять на шляху до задоволення інтересів суб'єктів права, виокремлюючи при цьому три основних елементи: мету, засоби її досягнення та результативність [64]. Саме акцент на задоволенні інтересів суб'єктів права, подоланні реальних перешкод та оцінці результативності є надзвичайно цінним для розуміння механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу, оскільки у цій сфері існують різноманітні бар'єри – від фінансової недоступності до бюрократичних ускладнень, від дефіциту кваліфікованих кадрів до територіальної нерівності в доступі до медичних послуг. Водночас цей підхід, залишаючись у площині інструментального бачення, не повною мірою охоплює ту складну соціально-правову реальність, в якій функціонує механізм забезпечення права пацієнта, зокрема не враховує емоційно-психологічні та соціокультурні чинники, що суттєво впливають на ефективність правового регулювання у сфері охорони здоров'я.

У цьому контексті особливо перспективним є погляд А. І. Коструби, який розглядає МПР у широкому та вузькому розумінні. Вузьке розуміння акцентує увагу на інструментальній складовій механізму, розглядаючи його як сукупність конкретних елементів – юридичних фактів, актів правореалізації, норм права та правовідносин – які забезпечують досягнення мети правового регулювання. Такий підхід зосереджується на технічній правильності побудови правових моделей та адекватності обраних методів правового регулювання реальним суспільним потребам. Широке ж розуміння МПР доповнює вузький підхід включенням емоційно-психологічних аспектів, зокрема правосвідомості та

правової культури, що дозволяє зрозуміти, як суб'єкти права сприймають правові норми, наскільки вони готові підкорятися їхнім вимогам, чи вважають ці норми необхідними для суспільного порядку [91]. Застосування цього дуалістичного підходу до аналізу механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу є особливо доречним: з одного боку, вузьке розуміння дозволяє оцінити ефективність побудови нормативних моделей, що регулюють взаємовідносини між пацієнтами, медичними працівниками, закладами охорони здоров'я та органами державної влади, перевірити, чи правові норми враховують реальні проблеми доступу до медичної допомоги, якості послуг, прав пацієнтів тощо. З іншого боку, широке розуміння дає змогу врахувати, як пацієнти та медичні працівники сприймають свої права і обов'язки, наскільки вони довіряють медичним установам, чи готові лікарі дотримуватися правових вимог, якщо ці норми відповідають їхнім моральним уявленням про справедливість і професійну етику. Саме поєднання інструментального та соціально-психологічного підходів створює найбільш збалансовану модель розуміння механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу, що враховує не лише формальні вимоги, а й ставлення та мотивацію всіх учасників суспільних відносин у сфері охорони здоров'я.

Ю. В. Кривицький тлумачить МПР як систему правових засобів, які сприяють стабільності суспільних відносин через найкраще поєднання інтересів індивідів, громад і держави з метою створення умов для прогресивного розвитку кожної особистості [95, с. 78]. На думку вченого, МПР складається з двох основних елементів – способів впливу та способів реалізації, які разом утворюють цілісну систему, де юридичні форми впливу та реалізації слугують послідовними стадіями переходу нормативних правових актів від теоретичного рівня до практичного впорядкування суспільних відносин [95]. Такий підхід має безсумнівну цінність для аналізу сфери охорони здоров'я, де стабільність регулювання передбачає підтримання медичних стандартів, практик і процедур, що сприяє надійності й безпеці. Проте у цій сфері існує іманентне протиріччя між прагненням до стабільності та необхідністю інноваційного розвитку –

впровадження нових технологій, методів лікування та організаційних моделей (телемедицина, електронна система охорони здоров'я, персоналізована медицина тощо). Тож механізм забезпечення права пацієнта на медичну допомогу має бути достатньо гнучким, щоб, не втрачаючи стабілізуючої функції, адаптуватися до динамічних змін у медичній науці та практиці.

С. М. Тимченко акцентує на діяльнісному аспекті МПР, який полягає у реалізації вимог правових норм, суб'єктивних прав і юридичних обов'язків для впорядкування суспільних відносин [234, с. 271]. Тобто правові норми стають реальними завдяки конкретним діям суб'єктів права – фізичних та юридичних осіб, держави – що є принципово важливим для розуміння механізму забезпечення права на медичну допомогу, де правові приписи набувають свого практичного значення лише через реальну поведінку лікарів, пацієнтів, адміністраторів закладів охорони здоров'я, посадових осіб Національної служби здоров'я України.

Комплексний підхід до розуміння МПР, сформульовано у підручнику із загальної теорії права, де він тлумачиться як процес, в якому нормативні правила права перетворюються на реальне впорядкування суспільних відносин через використання правових засобів, способів та форм, що забезпечують задоволення інтересів учасників суспільних відносин і збереження правопорядку [58, с. 128–130]. Вчені виокремлюють такі ключові ознаки МПР, серед яких: інтегрованість до механізму соціального регулювання; обумовленість соціально-економічними та культурними факторами; складність системи взаємопов'язаних правових засобів і форм; роль суб'єктів правового регулювання; динамічність як частини правової системи; поєднання з механізмом правового впливу (правосвідомістю, правовою культурою); процесуальність (етапність); ефективність та кінцева мета – встановлення правозаконності та правопорядку [58, с. 128–130]. Порівнюючи цей підхід із більш формалізованими концепціями О. В. Радченка (який зосереджений на структурних і функціональних характеристиках, що мають більш статичний характер) [188] та Р. Б. Шишки [264] (який акцентує на динамізмі та цілеспрямованості, але є менш деталізованим), ми вважаємо, що

саме підхід, описаний у загальній теорії права за редакцією О. В. Петришина, найбільш повно відображає комплексність правового регулювання та дозволяє найточніше описати механізм забезпечення права пацієнта на медичну допомогу, де необхідно враховувати численні зміни в технологіях, суспільних потребах, міжнародних стандартах і національних реформаторських процесах.

Разом з тим, категорія «механізм забезпечення права» не тотожна поняттю «механізм правового регулювання» і потребує окремого теоретико-правового осмислення. Як слушно зазначає Н. Опольська, механізм правового регулювання, механізм реалізації суб'єктивних прав і свобод та механізм їх забезпечення – поняття не тотожні, оскільки механізм реалізації прав призначений для втілення в життя соціальних благ, закріплених нормами права, а механізм забезпечення містить гарантії, засоби та процедури, які надають реальний характер такому здійсненню [140]. П. М. Рабінович, у свою чергу, підкреслює, що поняття «механізм реалізації прав людини» відображає рух властивостей людини до своїх цілей та задоволення природних потреб, тоді як «механізм забезпечення реалізації прав людини» охоплює практику функціонування спеціального механізму, призначеного для гарантування процесу втілення в життя правових можливостей людини, тобто включає реалізацію, охорону та захист прав і свобод як складові єдиного цілого [184]. Такий підхід до розмежування понять є принципово важливим для нашого дослідження: механізм забезпечення права пацієнта на медичну допомогу є ширшим за механізм реалізації цього права, оскільки включає не лише процес безпосереднього втілення правових можливостей пацієнта, а й систему гарантій, організаційних, інституційних та контрольних засобів, спрямованих на створення умов, за яких реалізація цього права стає реально можливою.

З. О. Мургустова запропонувала розглядати цей механізм як складний процес, систему взаємопов'язаних складових, якими створено умови для правомірного здійснення права особи, що містить у собі сукупність відповідних норм права, правових та правозастосовних актів, діяльність самої особи як носія суб'єктивного права, безпосередню діяльність відповідних органів та

правовідносини, через які суб'єкти втілюють у життя досліджуване право. При цьому дослідниця обґрунтовує доцільність поділу структури механізму на дві ключові складові – нормативно-правову та інституційно-правову [131]. Нормативно-правова складова включає норми права, які визначають умови, форми та процедури реалізації права на медичну допомогу, зміст самого права, економічні, юридичні, організаційні, інституційні та інші засоби й умови реалізації, а також гарантії реалізації та захисту цього права. Інституційно-правова складова представлена системою уповноважених органів, установ та закладів, які здійснюють управління, організацію діяльності та безпосереднє надання медичної допомоги чи послуг. Такий дуалістичний структурний підхід, на нашу думку, є методологічно виваженим, проте потребує доповнення з урахуванням сучасних реалій функціонування системи охорони здоров'я в Україні.

Особливу увагу в контексті механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу заслуговує проблема своєчасності та доступності. Як обґрунтовано зазначає С. Катинська, право пацієнта на своєчасну медичну допомогу закріплено у статті 7 Європейської хартії прав пацієнтів, відповідно до якої кожен має право на отримання необхідного лікування без зволікань, протягом наперед встановленого строку, причому це право стосується кожного етапу лікування [68]. Законодавчий механізм забезпечення своєчасності медичної допомоги полягає у чіткому визначенні в законодавстві строків доступу до різних видів медичної допомоги, вимог безперервного надання медичної допомоги, а також обов'язку надання пацієнту інформації щодо часу очікування. Стосовно екстреної медичної допомоги постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 року встановлено нормативи прибуття бригад екстреної медичної допомоги – 10 хвилин для критичних випадків і 20 хвилин для екстрених, що є конкретним нормативним виразом гарантії своєчасності [175]. Проте щодо первинної та спеціалізованої медичної допомоги ситуація залишається проблемною: у Порядку надання первинної медичної допомоги не визначено час очікування, протягом якого має бути надана

допомога, не передбачено обов'язку (а лише право) надавача ПМД створити черговий кабінет для прийому у вихідні та неробочі дні, а максимальний строк очікування на спеціалізовану медичну допомогу за скеруванням фактично може становити до одного календарного року, що свідчить про суттєві прогалини в механізмі забезпечення своєчасності.

Доступність як ключова умова права пацієнта на отримання медичної допомоги має чотири взаємопов'язаних виміри: фізичну доступність (заклади охорони здоров'я, товари та медичні послуги повинні надаватися у фізичній досяжності для всіх верств населення), економічну доступність (медичні послуги мають бути доступними за ціною для всіх, а не непропорційно обтяжливими для малозабезпечених верств), інформаційну доступність (право пацієнта на отримання повної, об'єктивної та зрозумілої інформації про свій стан здоров'я, методи лікування, їх ризики та альтернативи) та організаційну доступність (раціональна побудова маршрутів пацієнтів, наявність ефективної системи направлень, мінімізація бюрократичних бар'єрів). В умовах збройної агресії проти України ці виміри доступності набувають особливого значення: руйнування медичної інфраструктури на окупованих та прифронтових територіях, масштабна внутрішня міграція (близько 5 млн внутрішньо переміщених осіб (ВПО)), дефіцит медичних кадрів внаслідок мобілізації та еміграції – все це суттєво ускладнює реалізацію права пацієнта на медичну допомогу. Законодавець частково реагує на ці виклики: зокрема, українцям дозволено звертатися до найближчого сімейного лікаря без необхідності підписувати декларацію, що сприяє забезпеченню доступності ПМД для ВПО. Проте системних правових рішень, що комплексно враховують наслідки воєнного стану для механізму забезпечення права пацієнта, на сьогодні все ще недостатньо.

Окремим важливим аспектом механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу є Програма медичних гарантій (ПМГ), запроваджена відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [158]. ПМГ визначає перелік та обсяг медичних

послуг і лікарських засобів, які оплачуються за рахунок коштів Державного бюджету України, тобто є гарантованими для пацієнтів. Це є принциповою зміною порівняно з попередньою моделлю, коли конституційна гарантія безоплатності не була підкріплена чітким переліком послуг та обсягом фінансування, що породжувало ситуацію «обіцяного, але не профінансованого» права. Водночас із 2025 року державні та комунальні заклади охорони здоров'я розпочали надавати деякі медичні послуги за оплату – ті, що не покриваються ПМГ, – що є частиною реформи, спрямованої на підвищення прозорості фінансування та боротьбу з неформальними платежами.

Порівнюючи наведені наукові позиції та враховуючи сучасні реалії функціонування системи охорони здоров'я в Україні, ми вважаємо за доцільне запропонувати інтегративне розуміння механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу, яке синтезує найбільш продуктивні елементи розглянутих підходів, зокрема: дуальність (вузьке та широке розуміння), яка дозволяє охопити як інструментальні, так і соціально-психологічні аспекти (підхід А. І. Коструби); акцент на динамічності, етапності та обумовленості соціально-економічними факторами (підхід, описаний у підручнику за редакцією О. В. Петришина); телеологічна спрямованість на подолання перешкод та оцінку результативності (О. М. Калашника); структурний поділ на нормативно-правову та інституційно-правову складові (підхід З. О. Мургуствої). Водночас слід доповнити цю інтегративну модель кількома елементами, що відображають специфіку забезпечення права пацієнта на медичну допомогу в сучасних умовах. По-перше, необхідно включити до механізму технологічну складову, пов'язану з цифровізацією системи охорони здоров'я (електронна система eHealth, телемедицина, електронні рецепти, онлайн-реєстрація, цифрова верифікація пацієнтів), яка стає не допоміжним, а системоутворюючим елементом забезпечення права на медичну допомогу. По-друге, слід ввести до структури механізму моніторинговий елемент – систему оцінки якості та ефективності надання медичної допомоги, що включає як внутрішній контроль закладів охорони здоров'я, так і зовнішній контроль із боку НСЗУ, пацієнтських

організацій та уповноважених державних органів. По-третє, необхідно враховувати адаптаційний потенціал механізму – його здатність реагувати на надзвичайні обставини (воєнний стан, пандемії, техногенні катастрофи), зберігаючи при цьому мінімально гарантований рівень забезпечення права на медичну допомогу.

Окремі науковці виокремлюють п'ять ознак механізму реалізації права на охорону здоров'я та медичну допомогу: він здійснюється органами, що надають медичну допомогу чи сприяють наданню медичної допомоги; має обмежену сферу застосування, оскільки використовується винятково під час втілювання цього конкретного права; одним із суб'єктів правовідносин завжди виступає особа, яка отримує медичну допомогу, а іншим – заклади охорони здоров'я; реалізація прав і свобод громадян відбувається у трьох формах – дотримання, виконання та застосування норми права; реалізація досліджуваного права здійснюється за певною процедурою, закріпленою національним законодавством [131]. Ці ознаки підкреслюють специфічний характер механізму, його прив'язаність до конкретної сфери суспільних відносин та наявність спеціальних суб'єктів – пацієнтів і надавачів медичної допомоги, чії взаємовідносини перебувають у площині як публічно-правового (адміністративного), так і приватноправового (цивільного) регулювання, що додатково ускладнює конструкцію механізму.

Щодо питання гарантій. Як підкреслює І. Я. Сенюта, гарантії прав пацієнтів в Україні поділяються на загальносоціальні (економічні, політичні, ідеологічні) та спеціально-юридичні (нормативні та організаційно-правові) [205]. Серед нормативних гарантій – закріплення прав пацієнтів у Конституції та законах, серед організаційно-правових – діяльність органів державної влади, правоохоронних органів, судів, інституту Уповноваженого з прав людини. Л. Р. Катинська наголошує, що доступна та своєчасна медична допомога означає, що кожен громадянин України (а також за умов, визначених законом, іноземець або особа без громадянства) повинен мати однаковий доступ до всіх видів медичної допомоги, визначених законом, умови доступу до медичної допомоги та її

надання повинні бути однаковими для всіх і визначені законом, а кожен може очікувати отримання медичної допомоги в розумні строки, однакові для всіх [67]. Ці доктринальні позиції корелюють із міжнародними стандартами, закріпленими, зокрема, у ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права та у Європейській хартії прав пацієнтів, яка виокремлює чотирнадцять основних прав, включаючи право на доступ до медичних послуг, право на інформацію, право на вільне інформоване погодження, право на вибір, право на приватність та конфіденційність, право на безпеку тощо [53].

Таким чином, підсумовуючи проведений аналіз наукових позицій та чинного законодавства, під механізмом забезпечення права пацієнта на медичну допомогу пропонуємо розуміти цілісну, динамічну систему нормативно-правових, інституційно-організаційних, технологічних та соціально-психологічних засобів, яка спрямована на створення реальних умов для безперешкодного здійснення пацієнтом свого конституційного права на доступну, якісну та своєчасну медичну допомогу і включає: сукупність правових норм, що визначають зміст, обсяг та порядок реалізації цього права; систему уповноважених інституцій (НСЗУ, МОЗ, заклади охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування, судові органи), які організують та контролюють процес надання медичної допомоги; технологічну інфраструктуру (електронна система охорони здоров'я, телемедицина); систему гарантій (конституційних, законодавчих, фінансових, організаційних), що убезпечують це право від необґрунтованих обмежень; механізми правового захисту (судового та позасудового) у разі порушення прав пацієнта; а також соціальні та психологічні чинники (правосвідомість, правова культура, довіра до інститутів охорони здоров'я), що визначають ефективність функціонування всієї системи.

З огляду на наведену дефініцію, можна виокремити такі ознаки механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу:

1) Системність та цілісність – механізм є не просто статичною сукупністю розрізнених юридичних інститутів, а цілісною динамічною системою, хараткер якої виявляється у внутрішній упорядкованості, де зміна

одного елемента (наприклад, дефіцит фінансових гарантій) автоматично призводить до збою в роботі інших компонентів (наприклад, зниження якості та доступності допомоги). Відтак, механізм забезпечення права пацієнта на медичну допомогу становить цілісну динамічну систему, де всі компоненти (нормативні, інституційні, технологічні тощо) перебувають у функціональному взаємозв'язку та логічній послідовності.

2) **Комплексність** – зміст механізму включає в себе різні за своєю природою елементи, а саме: *нормативно-правовий* (сукупність правових норм, що регламентують зміст, обсяг та безпосередній порядок реалізації прав пацієнта); *інституційно-організаційний* (включає розгалужену систему уповноважених органів та суб'єктів, які здійснюють організацію та контроль у сфері надання медичних послуг); *технологічний* (відображає модернізаційний аспект забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги в сучасну епоху цифровізації та який дозволяє значно прискорити правореалізаційні процеси (наприклад, оформлення електронних рецептів, направлень) та мінімізувати бюрократичні бар'єри); *соціокультурний* (включає рівень правосвідомості та правової культури як пацієнтів, так і медичних працівників, а також рівень довіри до інститутів охорони здоров'я в результаті чого формується суб'єктивне сприйняття механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу).

У вказаному контексті варто наголосити на тому, що нормативно-правовий елемент виконує, передусім, правовстановлюючу функцію, оскільки чітко регламентує які саме медичні послуги, у які строки та на яких умовах пацієнт має право їх отримати і тим самим переводить абстрактну соціальну потребу людини в здоров'ї у чітку категорію суб'єктивного юридичного права. Зазначений елемент включає міжнародно-правовий рівень (акти ВООЗ, Конвенція Ов'єдо тощо), які встановлюють універсальні стандарти; конституційний, що виступає засадничим фундаментом, який гарантує право на охорону здоров'я та медичну допомогу (ст. 49 Конституції України);

законодавчий, який визначає правовий статус пацієнта та регламентує основи юридичної відповідальності медичних працівників (Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 р., Закони України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р., «Про екстренну медичну допомогу» від 05.07.2012 р. тощо); підзаконний рівень, на якому затверджують конкретні клінічні протоколи та порядки надання медичної допомоги (Постанова Кабінету Міністрів України від 31 грудня 2025 року «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році», Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» тощо).

Інституційно-організаційний елемент механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу виступає його управлінським та виконавчим ядром, який трансформує правові норми у практичну площину повсякденної діяльності. Через реалізацію, як підкреслює Н. О. Клещенко, право набуває свого соціального призначення, перетворюючись із абстрактних нормативних приписів на дієвий інструмент упорядкування суспільних відносин [71]. Саме на цей елемент покладено завдання з безпосереднього надання медичних послуг, фінансування системи, ліцензування медичної практики, контролю якості допомоги та захисту порушених прав пацієнта. Окрім того, інституційно-організаційний елемент є головним маркером довіри суспільства до системи охорони здоров'я, оскільки ефективна якісна, прозора та позбавлена корупції діяльність органів охорони здоров'я формує високу правову культуру громадян.

Технологічний елемент механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу в епоху глобальної цифровізації публічного управління перетворився із допоміжного технічного засобу у ключову віртуальну платформу, що забезпечує швидкість, прозорість та безперервність процесу реалізації прав пацієнта. У зазначеному контексті слушно зауважує С. О. Сунегін: «поступовий перехід від традиційного документально-паперового способу оформлення відповідних правовідносин до їх електронних або цифрових аналогів зумовлюється визначеними об'єктивними чинниками, зокрема такими, як

підвищення їх ефективності та доступності для громадян, а також необхідністю бути у тренді сучасної глобалізації з її опорою на технологічний фундамент її фактичного забезпечення. Поряд з цим електронні форми взаємодії між суб'єктами права створюють нові можливості для громадян, представників бізнесу та інших інститутів громадянського суспільства» [229].

Що стосується соціокультурного елементу, слід зазначити, що у загальнотеоретичному вимірі правова свідомість та правова культура є певним ціннісним базисом, без якого нормативно-правові приписи та інституційні структури втрачають свою дієвість. М. С. Кельман та О. Г. Мурашин, досліджуючи механізм забезпечення прав людини, наголошували що такий механізм діє в нерозривній єдності із соціальним середовищем, ключовим завданням, та, водночас, умовою функціонування якого є формування загальної правової культури населення [70, с. 233–246]. У контексті прав пацієнта це означає, що право на медичну допомогу не може бути реалізоване, якщо суб'єкти (пацієнти та лікарі) не усвідомлюють його цінності. Правосвідомість тут виступає як внутрішній фільтр, через який індивід сприймає юридичні можливості гарантовані державою.

М. І. Козюбра, аналізуючи принцип верховенства права та праворозуміння в Україні, звертає увагу на руйнівний вплив правового нігілізму на механізм реалізації прав людини [79, с. 6]. Аналізуючи погляди вченого, деформації правосвідомості у медико-правових відносинах виявляються у формі несформованості правових знань, коли особа не знає своїх прав у контексті охорони здоров'я і пасивно погоджується на порушення власних інтересів та свідоме ігнорування прав пацієнта.

3) Цільова спрямованість та функціональність – механізм повинен забезпечити умови для безперешкодного здійснення пацієнтом свого конституційного права на охорону здоров'я. Функціональний вектор включає три взаємопов'язані компоненти медичної допомоги: доступності (економічної, територіальної, інформаційної); якості (відповідності встановленим протоколам

та стандартам); своєчасності (надання допомоги у критичний для здоров'я пацієнта проміжок часу).

Окремо слід звернути увагу на доступність медичної допомоги (про що йшлося вище), що особливо гостро постало після повномасштабного вторгнення РФ в Україну та спровокувало глобальну кризу інфраструктурного, територіального та фінансового характеру, яка у повній мірі ще не була відновлена з початку пандемії коронавірусу. Цей фактор став критичним деструктивним чинником, який піддав безпрецедентному випробуванню на міцність увесь правовий механізм забезпечення прав пацієнтів. Масове пошкодження та знищення лікарень, амбулаторій та аптек на тимчасово окупованих територіях і в зонах ведення бойових дій фізично унеможливило реалізацію географічної доступності медицини, а масштабні потоки внутрішньо переміщених осіб створило надмірне навантаження на заклади охорони здоров'я в тилкових регіонах.

Як слушно зазначає Н. О. Клещенко, «умови війни оголюють ключову проблему: правова держава не зводиться до наявності норм, а визначається здатністю інституцій їх забезпечувати. Правові аспекти формують легітимність дій держави, інституційні – їхню ефективність. Відтак, ефективне функціонування правової держави в умовах війни передбачає узгоджене поєднання нормативного регулювання та інституційної спроможності, що забезпечує не лише формальне дотримання правових приписів, а їх реальне втілення у практиці публічного управління. Саме взаємодія правових і інституційних складових створює підґрунтя для стійкості державних механізмів, підвищує адаптивність системи управління до кризових викликів і сприяє збереженню балансу між потребами безпеки та гарантіями прав людини» [73, с. 327]. У зазначеному контексті механізм забезпечення права пацієнта на медичну допомогу під час дії воєнного стану є критично важливим інструментом, оскільки саме в умовах екстремальних безпекових загроз він трансформується у базовий стабілізаційний чинник суспільних відносин та важливий запобіжник гуманітарної катастрофи. Його критична важливість у цей період зумовлена

специфікою взаємодії між державою та індивідом, де право на медичну допомогу стає невіддільним елементом реалізації основоположного права на життя;

4) Наявність гарантій – оскільки механізм не обмежується лише формулюванням правил поведінки, а містить у собі низку «запобіжників» у вигляді системи гарантій, які покликані убезпечити право пацієнта на отримання медичної допомоги від будь-яких необґрунтованих, свавільних чи дискримінаційних обмежень як з боку держави, так і з боку медичних працівників.

5) Захисний характер – механізм містить чітко визначені інструменти правового захисту (судові та позасудові), що починають діяти у разі порушення права пацієнта на отримання медичної допомоги.

Наукова диференціація та аналіз вищевизначених ознак забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги має важливе значення, оскільки дозволяє не лише розкрити його внутрішню природу та особливості функціонування, а й відмежувати його від суміжних категорій медичного права та загальної теорії держави і права. Окрім того, саме через систему ознак стає можливим оцінити реальну інституційну спроможність та адаптивність цього механізму в умовах сучасних викликів.

Саме такий комплексний, багатоаспектний підхід відповідає сучасним вимогам правового регулювання у сфері охорони здоров'я та дозволяє враховувати як нормативно-інструментальні, так і соціально-психологічні чинники ефективності забезпечення права пацієнта на медичну допомогу. Механізм забезпечення цього права не є статичною конструкцією – він має постійно адаптуватися до змін у суспільних потребах, медичних технологіях, економічних умовах та безпековій ситуації, зберігаючи при цьому свою системну цілісність та спрямованість на людиноцентричну мету: реальне, а не декларативне забезпечення кожному пацієнту можливості отримати необхідну медичну допомогу належної якості у належний строк.

2.2 Структура механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги

У сучасній юридичній науці сформувалося поліваріантне розуміння структури та елементного складу механізму правового регулювання, що зумовлює необхідність проведення критичного дискурсу для визначення найбільш релевантного підходу.

Так, Ю. В. Кривицький пропонує використовувати стадії правового регулювання як основний критерій для виділення елементів механізму, відносячи до його системи норми права, правовідносини, акти застосування та акти тлумачення норм права, причому останні два елементи розглядаються як факультативні [95]. І. М. Коросташова в контексті механізму адміністративно-правового регулювання пропонує поділяти елементи на обов'язкові (правові норми, правові факти, правовідносини, акти реалізації норм права) та додаткові [90, с. 57]. Водночас деякі дослідники обстоюють широкий підхід до складу елементів, включаючи до механізму не лише формально-юридичні засоби, а й правосвідомість, правову культуру, поведінку суб'єктів та юридичну відповідальність, тоді як прихильники вузького підходу зосереджуються винятково на основних правових інструментах – нормах права, нормативно-правових актах, правовідносинах, актах реалізації та законності [232, с. 307].

Для цілей нашого дослідження вважаємо найбільш перспективним інтеграційний підхід, що поєднує стадійну логіку О. Я. Кархут, яка виділяє чотири стадії механізму правового регулювання (нормативно-правову регламентацію, визначення спеціальних умов для застосування норм, установлення юридичних зв'язків між суб'єктами та практичну реалізацію прав і обов'язків) [66, с. 33], із двокомпонентною структурною моделлю, запропонованою З. О. Мургуствою, яка виокремлює нормативно-правову та інституційно-правову складові механізму реалізації права на охорону здоров'я [131]. Перевага такого підходу полягає в тому, що він дозволяє, з одного боку, прослідкувати динамічну послідовність правового регулювання від

нормотворчості до фактичного отримання пацієнтом медичної допомоги, а з іншого – врахувати інституційну архітектуру, без якої жоден нормативний приписів не набуде практичного втілення. Відповідно, до системно-структурних елементів механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги ми відносимо: правові норми (медико-правові норми); юридичні факти (фактичні склади); правовідносини у сфері надання медичної допомоги; акти реалізації суб'єктивних прав і юридичних обов'язків; акти застосування права; а також гарантії забезпечення досліджуваного права та інституційно-правовий компонент.

Правова норма посідає центральне місце в механізмі забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги, виступаючи тією «програмою поведінки», яка визначає межі обов'язкового та можливого, дозволеного та забороненого для всіх учасників відповідних правовідносин. Як зазначають науковці, поняття правової норми є однією з ключових категорій теорії права, яка має особливі властивості, що розширюють розуміння права, його змісту та сутності, а також механізму правового регулювання суспільних відносин [232].

У межах системного підходу юридична норма розглядається як фіксована, відносно стабільна програма поведінки, що визначає межі обов'язкового і дозволеного для суб'єктів права та водночас виступає субординуючим елементом правового механізму [96, с. 48]. Водночас правові норми є основою механізму у будь-якій сфері, оскільки вони визначають ідеальні теоретичні моделі поведінки учасників правовідносин, які реалізуються у вигляді суб'єктивних юридичних прав і обов'язків [233].

О. Б. Ганьба, досліджуючи механізм правового регулювання у сфері прикордонної безпеки, обґрунтовує, що правова норма виступає основним складним елементом механізму, оскільки включає в себе низку допоміжних правових інструментів – загальні та конкретні моделі правовідносин, юридичні факти, закріплені в гіпотезах, суб'єктивні юридичні права та обов'язки, а також заборони, дозволи та зобов'язання [32]. Ця позиція є, на наш погляд, найбільш продуктивною для характеристики правової норми у сфері забезпечення права

пацієнта, оскільки підкреслює інтегративну функцію норми як елемента, що об'єднує мету та різноманітні засоби в єдину логічну систему правового регулювання.

Специфіка правових норм, що регулюють відносини з надання медичної допомоги, полягає і в їхньому комплексному, міжгалузевому характері. Відносини у сфері охорони здоров'я зачіпають конституційне, цивільне, адміністративне, трудове, кримінальне право та низку інших галузей, що обумовлює полігалузеву природу нормативного забезпечення права пацієнта на медичну допомогу. Дослідники підкреслюють, що основна частина медико-правової норми відображає специфіку тих елементів системи охорони здоров'я, які потребують правового регулювання різними галузями права, зокрема: суб'єктів медичних відносин, елементів медичної діяльності, управління системою охорони здоров'я та правового статусу медичних установ [116]. І. Я. Сенюта акцентує увагу на тому, що в особливій частині медико-правової норми відображені цілі і завдання, які вирішуються конкретною галуззю права, причому ця частина є динамічною, оскільки кожен конкретний випадок потребує застосування норм певної галузі [207].

Саме тому вважаємо обґрунтованою концепцію метанорми у сфері охорони здоров'я, яка складається з основної частини (загальні принципи та правила функціонування медичної системи, закріплені, зокрема, у Конституції України та Законі «Основи законодавства України про охорону здоров'я») та спеціальної частини (конкретні норми, що регулюють особливі аспекти медичної діяльності та визначають правовий статус пацієнтів і медичних працівників).

Комплексний характер медико-правової норми визначає й характер правового регулювання: воно поєднує диспозитивний метод (свобода вибору лікаря, медичного закладу, методу лікування) з імперативним (обов'язковість дотримання стандартів надання медичної допомоги, ліцензійних умов, вимог щодо інформованої згоди пацієнта).

В. М. Костюк деталізує функціональне призначення правової норми в механізмі правового регулювання, вказуючи, що вона визначає коло суб'єктів,

на яких поширюється її дія, встановлює зміст правовідносин та об'єкт, окреслює обставини застосування і формулює правило поведінки із зазначенням прав, обов'язків учасників та заходів примусу за невиконання обов'язків [92, с. 366]. У контексті забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги це означає, що сукупність правових норм має: чітко визначати коло осіб, які мають право на безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних закладах; встановлювати обсяг і стандарти такої допомоги; регулювати порядок взаємодії пацієнта із закладами охорони здоров'я; передбачати механізми відповідальності за порушення права пацієнта.

Класифікація правових норм у цій сфері здійснюється за окремими критеріями. Цілком прийнятною є класифікація за: за галузевою належністю, юридичною силою, методом правового регулювання, функціями, дією у просторі, часі та за колом осіб [66, с. 59–60]. Особливого значення набуває виокремлення установчих норм (що визначають основи, принципи та завдання регулювання), загальних норм (що поширюються на більшість інститутів відповідної галузі) та спеціальних норм (що регулюють конкретні види відносин з урахуванням їх специфіки) [232, с. 379].

Другим структурним елементом механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги виступають юридичні факти – конкретні життєві обставини, з якими закон пов'язує виникнення, зміну або припинення правовідносин у сфері надання медичної допомоги. Як зазначає М. І. Козюбра, юридичні факти – це конкретні обставини, що мають місце в житті, які прямо чи опосередковано визначені в умовах правової норми, при наявності або відсутності яких норма права пов'язує виникнення, зміну чи припинення правових відносин [57]. Юридичний факт є зв'язуючим елементом між нормою права та правовідносинами, що дає змогу реалізувати положення правової норми в конкретних правовідносинах [265]. Ця характеристика є особливо влучною для сфери забезпечення права пацієнта: саме юридичний факт (звернення до лікаря, настання захворювання, підписання декларації з сімейним лікарем, надання інформованої згоди на медичне втручання) «запускає» механізм реалізації

конституційного права на медичну допомогу, переводячи його з абстрактної правової можливості в площину конкретних правовідносин.

У науковій літературі існує дискусія щодо природи юридичних фактів. Одні науковці розглядають юридичні факти як двоєдині явища – факти-реальності і факти-моделі, що поєднують матеріальний і юридичний аспекти [78; 217]. Проте, як справедливо зазначають інші дослідники, термін «факт-модель» є некоректним, оскільки слово «факт» вказує на реальні обставини, що вже існують [259], тому більш точним є використання терміна «правова модель обставин», яка відображає умови, що призводять до визнання юридичного факту.

О. О. Тихомиров зі співавт. визначають юридичні факти як об'єктивно наявні явища, які мають місце в певний час і в конкретному місці, передбачені нормами права та спричиняють правові наслідки [237, с. 193]. Цей підхід видається найбільш адекватним для розуміння юридичних фактів у механізмі забезпечення права пацієнта, оскільки він акцентує увагу на конкретності, темпоральній та просторовій визначеності обставин, що активують правовідносини з надання медичної допомоги.

Слід зазначити, що юридичні факти виконують роль динамічного механізму запуску всього процесу правового забезпечення. Якщо правові норми формують загальні моделі належної поведінки, то саме юридичні факти зумовлюють перехід правовідносин із площини потенційної можливості до сфери їх практичного здійснення, трансформуючи визначені права та обов'язки у реальну взаємодію, наприклад, між пацієнтом і лікарем.

Принципово важливим є системний характер юридичних фактів у сфері охорони здоров'я: одиничний юридичний факт, як правило, не може сам по собі бути достатньою підставою для виникнення повноцінних правовідносин із надання медичної допомоги. Йдеться про фактичні склади – сукупності юридичних фактів, лише за наявності всіх елементів яких настають відповідні правові наслідки. Наприклад, для отримання первинної медичної допомоги необхідне підписання декларації з лікарем (правочин), наявність захворювання або потреби в медичному обслуговуванні (подія), а також безпосереднє

звернення до лікаря (юридична дія). Класифікація юридичних фактів за критерієм впливу на правовідносини включає правоутворюючі факти (звернення пацієнта до медичного закладу – ст. 12 Закону «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [143]), правозмінюючі факти (зміна лікуючого лікаря або медичного закладу – ст. 19 [143]) та правоприпиняючі факти (завершення курсу лікування, смерть пацієнта – ст. 45 [143]). Важливо також виокремити юридичний факт інформованої згоди пацієнта на медичне втручання (ст. 43 Закону «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [143]; ст. 284 Цивільного кодексу України [251]), який є обов'язковою передумовою законності будь-якого медичного втручання і водночас виступає гарантією автономії волі пацієнта.

В умовах повномасштабного вторгнення рф в Україну перелік та характер юридичних фактів зазнає специфічних трансформацій. Так, набуття особою юридичного статусу внутрішньо переміщеної особи або отримання поранення внаслідок бойових дій є особливими юридичними фактами викликаними війною, з якими закон пов'язує виникнення додаткових пільгових умов та спрощених процедур (наприклад, право на отримання медичної допомоги без направлення та декларації), що підтверджує здатність системи управління реагувати на кризові виклики та її спрямованість на досягнення основної мети – охорону і збереження людського життя.

Правовідносини у сфері надання медичної допомоги становлять серцевину механізму забезпечення права пацієнта, оскільки саме через них реалізуються суб'єктивні права та юридичні обов'язки учасників. Як зазначають дослідники, правовідносини виступають основним елементом правового механізму, забезпечуючи правову взаємодію між інститутами та суб'єктами на рівні індивідуальних прав і обов'язків [233]. Правовідносини у сфері надання медичної допомоги характеризуються низкою ознак, що відрізняють їх від правовідносин в інших сферах. По-перше, їх специфічний об'єкт – медична допомога (послуга), безпосередньо пов'язана зі збереженням здоров'я та життя людини, що надає цим відносинам конституційного значення. По-друге, вони

мають комплексну, міжгалузеву природу, поєднуючи публічно-правові (адміністративне регулювання, ліцензування, державний контроль) та приватно-правові (договірні відносини з надання медичних послуг, деліктна відповідальність) елементи. По-третє, як зазначає І. Я. Сенюта, об'єктивні передумови виникнення правовідносин у сфері охорони здоров'я полягають у наявності потреби в медичних послугах – діагностиці, лікуванні або реабілітації, що обумовлює їх переважно вимушений, а не добровільний характер (пацієнт звертається за допомогою не за вільним бажанням, а через стан здоров'я) [203].

Суб'єктний склад правовідносин із забезпечення права пацієнта на медичну допомогу є багаторівневим. На первинному рівні це безпосередньо пацієнт та медичний працівник (або медичний заклад); на вторинному – органи державної влади та місцевого самоврядування, Національна служба здоров'я України (НСЗУ), страховики, громадські організації, профспілки та інші суб'єкти, що здійснюють організаційне, фінансове та контрольне забезпечення надання медичної допомоги.

Для участі у правовідносинах суб'єкти повинні мати медичну правосуб'єктність – правоздатність і дієздатність, що є особливо актуальним з огляду на проблематику обмеженої дієздатності (малолітні діти, особи з психічними розладами), коли реалізація права на медичну допомогу здійснюється через законних представників.

Зміст правовідносин визначається суб'єктивними правами пацієнта (право на безпечну і якісну медичну допомогу, право на вибір лікаря, право на інформацію щодо стану здоров'я та лікування, право на конфіденційність медичних даних, право на відмову від медичного втручання) та кореспондуючими юридичними обов'язками медичних працівників і закладів (обов'язок надавати допомогу відповідно до медичних стандартів, обов'язок інформувати пацієнта, обов'язок зберігати медичну таємницю). Функціональне призначення правовідносин у механізмі забезпечення права пацієнта реалізується через регулятивну функцію (визначення порядку надання медичних послуг), охоронну функцію (захист права на доступ до якісної допомоги),

контрольну функцію (державний нагляд за якістю та дотриманням прав) та превентивну функцію (запобігання медичним помилкам та порушенням прав пацієнта).

Четвертий елемент досліджуваного механізму охоплює конкретні юридично значущі дії, через які учасники правовідносин втілюють у практику закріплені за ними права та обов'язки. Реалізація норм права – це втілення положень правових норм у фактичній діяльності (поведінці) суб'єктів права [70, с. 409]. Вона здійснюється у трьох формах: використання (активна поведінка суб'єктів за їхнім бажанням), виконання (дії, необхідні для виконання юридичних обов'язків) та дотримання (утримання від порушення заборонних норм) [66]. Реалізація норм права забезпечує досягнення цілей правового регулювання, оскільки через вказані форми застосування правових норм відбувається впорядкування суспільних відносин, задоволення законних інтересів особи та забезпечення публічного інтересу [59, с. 342–345]. У такий спосіб право проявляє свою соціальну цінність не лише як система нормативних приписів, а й як дієвий механізм впливу на суспільні процеси та поведінку учасників. У зазначеному контексті поділяємо думку Н. О. Клещенко, яка зазначає, що соціальна сутність права полягає у врегулюванні, впорядкуванні суспільних відносин, створенні необхідних умов для реалізації прав та інтересів окремої особи і нормального існування суспільства в цілому, тому ефективність правового регулювання таких відносин залежить не тільки від змісту норм, а саме від того, яким чином ці приписи реалізуються [72, с. 187].

Узагальнення теоретичних підходів до розуміння соціальної сутності права та особливостей його реалізації дозволяє перейти від аналізу загальних засад правового впорядкування до дослідження його змістовної основи. Будучи інструментом гармонізації публічних та приватних інтересів, правовий механізм функціонує в динамічному середовищі сучасного світу, де головним індикатором прогресу, та, водночас, найбільш вразливим елементом під час масштабних потрясінь є права людини, які, як слушно підкреслює С. О. Сунегін: «в сучасному цивілізованому світі виступають не лише абстрактними

універсальними цінностями, найвищою соціальною цінністю розвитку демократичних, правових і соціальних держав, ключовим елементом стабільного та прогресивного функціонування суспільства, а й невід'ємною складовою процесу реалізації права загалом. Глобальні кризи, які супроводжуються посиленням економічних, політичних та соціальних проблем, призводять, як правило, до тимчасового послаблення механізмів реалізації та захисту прав і свобод людини. Така ситуація зумовлює необхідність розроблення і впровадження нових механізмів протидії викликам і загрозам, пов'язаним зі зростаючим у цих умовах рівнем дискримінації, насильства та численних порушень фундаментальних прав і свобод людини» [228, с. 39].

У сфері забезпечення права пацієнта на медичну допомогу використання проявляється у реалізації пацієнтом свого права на вибір лікаря та медичного закладу, права на отримання інформації про стан здоров'я, права подати скаргу на неякісне медичне обслуговування. Виконання полягає у здійсненні медичними працівниками та закладами їхніх професійних обов'язків – наданні медичних послуг відповідно до стандартів (ст. 44 Закону «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [143]), проходженні обов'язкового підвищення кваліфікації, забезпеченні доступу пацієнтів до медичної інформації. Дотримання виражається в утриманні від дій, заборонених законом: розголошення медичної таємниці (ст. 39 [143]), надання медичних послуг, що не відповідають встановленим стандартам, проведення експериментальних досліджень без згоди пацієнта та схвалення етичних комісій (Закон «Про лікарські засоби» [171]). С. М. Греца підкреслює, що виконання юридичних обов'язків у цій сфері є не лише дотриманням конкретних норм, а й участю в процесах, що гарантують належне функціонування системи охорони здоров'я та дотримання прав громадян [41].

У загальнотеоретичному вимірі цей процес відображає трансформацію права від його нормативно закріпленого, статичного стану до динамічної форми існування у вигляді реального правопорядку. Так, саме через вольову, цілеспрямовану поведінку суб'єктів модель правового регулювання яка

закладена у законодавстві, перетворюється на реальний результат – захищене здоров'я та збережене життя людини. Саме свідомий і вольовий характер дій суб'єктів зумовлює розгляд поведінкового компонента права як ключового чинника, що забезпечує функціонування та розвиток усього механізму правового забезпечення суспільних відносин, у тому числі і відносин пов'язаних із забезпеченням права пацієнта на отримання медичної допомоги.

Акти застосування права – це індивідуально-правові акти компетентних органів, які на основі норм права та юридичних фактів встановлюють конкретні юридичні права та обов'язки персоніфікованих суб'єктів. У механізмі забезпечення права пацієнта цей елемент є факультативним, оскільки активується не в кожному випадку отримання медичної допомоги, а лише тоді, коли виникає потреба у владному правозастосуванні – при вирішенні спорів, притягненні до юридичної відповідальності, прийнятті управлінських рішень. Акти застосування у цій сфері включають: рішення суду про відшкодування шкоди, завданої неналежною медичною допомогою; рішення про ліцензування або позбавлення ліцензії медичного закладу; приписи контролюючих органів щодо усунення порушень; акти про притягнення до дисциплінарної, адміністративної чи кримінальної відповідальності медичних працівників за неналежне виконання професійних обов'язків.

Окремо слід виділити акти тлумачення норм права, які, як зазначає В. М. Костюк, не вводять нових положень, а сприяють однаковому розумінню та застосуванню чинних нормативних актів, що є особливо важливим в умовах динамічного оновлення медичного законодавства та потреби адаптації загальних правових норм до специфічних медичних ситуацій [92, с. 364]. Практика Конституційного Суду України, зокрема рішення щодо тлумачення ст. 49 Конституції стосовно обсягу безоплатної медичної допомоги, є визначальною для функціонування всього механізму забезпечення права пацієнта.

Окремим і, на нашу думку, принципово важливим елементом досліджуваного механізму є система гарантій – сукупність умов, засобів та способів, що забезпечують реальну можливість реалізації права пацієнта на

медичну допомогу. Їх головне призначення зводиться до надання кожному індивіду рівного юридичного інструментарію, необхідного для отримання, практичного втілення, а також комплексного захисту й охорони суб'єктивних прав і свобод. При цьому сутність і функціональне значення гарантій полягають у їхньому інтегративному впливі на політико-правову, економічну, культурну та інші сфери суспільних відносин, оскільки вони конструюють те сприятливе середовище, у межах якого юридичні приписи трансформуються у фактичну спроможність особи користуватися належними їй благами. Без дієвої системи гарантій будь-яке право, зокрема і право на медичну допомогу, є суто номінальною, декларативною нормою.

У юридичній науковій літературі існує розгалужена система класифікацій гарантій прав і свобод людини та громадянина, які диференціюються за сферами життєдіяльності, суб'єктивним складом тощо. Наприклад, К. Г. Волинка, виокремлюючи загальні та правові гарантії, зауважує, що юридичні гарантії прав і свобод особи поділяються на нормативно-правові та інституційно-організаційні [27, с. 8–9]. Що стосується юридичних гарантій, погоджуємося що вони «являють собою сукупність умов, засобів, організаційно-правових заходів, безпосередньо спрямованих на забезпечення режиму законності та правопорядку, і є юридичними формами загальних гарантій. Окрім того, юридичні гарантії закріплюються, врегульовуються в чинному законодавстві, системі норм права, тож, по суті, вони є численними проявами самого права в тій його частині, яка покликана забезпечувати діяльність права в цілому. Сама специфіка права, притаманні йому механізми, а також робота юридичних органів спрямовані на те, щоб вимоги законності реально «працювали», фактично здійснювались» [235, с. 415]. С. Г. Стеценко виділяє такі види юридичних гарантій: а) стан законодавства, його стабільність і відповідність розвитку відносин у суспільстві, рівень юридичної техніки; б) стан діяльності з попередження і припинення правопорушень, зокрема, заходів юридичної відповідальності; в) доступність і якість правосуддя; г) ефективність контролю за реалізацією правових актів [225, с. 195].

Ефективність юридичних гарантій полягає у забезпеченні кожної людини без винятку рівним правовим інструментарієм, оскільки вони виступають базовими, системними чинниками в економічній, політико-правовій, соціокультурній та інших сферах життєдіяльності соціуму. Інтегруючись у кожну з цих сфер, юридичні гарантії конструюють те стійке, передбачуване та сприятливе середовище, яке трансформує формально задекларовані державою правові стандарти у реальну, фактично досяжну спроможність людини користуватися належними їй благами. Відтак, без існування такої дієвої та збалансованої архітектури гарантування, будь-які нормативно-правові приписи ризикують залишитися винятково декларативними конструкціями, позбавленими практичного змісту.

У контексті структури механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги ми виокремлюємо три групи гарантій: економічні, організаційно-політичні та юридичні.

Економічні гарантії включають фінансування закладів охорони здоров'я за рахунок державного та місцевих бюджетів (зокрема через програму медичних гарантій, яку адмініструє НСЗУ), можливість залучення додаткових джерел фінансування, реімбурсацію вартості лікарських засобів за програмою «Доступні ліки», а також розвиток добровільного медичного страхування, яке б дозволило зменшити фінансові ризики пацієнта у разі дороговартісного лікування. Указ Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» визначає, що державні заходи мають включати поступове збільшення державних асигнувань на охорону здоров'я та впровадження системи багатоканального фінансування [159].

Окремо варто наголосити – право пацієнта на допомогу не може бути реалізоване без кваліфікованого медичного персоналу, тому фінансове стимулювання є частиною економічних гарантій. Таке фінансове стимулювання і належне матеріально-технічне забезпечення мають бути не тільки інструментом кадрової політики, а стратегічним імперативом задля збереження життєздатності системи охорони здоров'я, оскільки війна спровокувала масовий

відтік кадрового потенціалу, так як значна частина вузькопрофільних спеціалістів та середнього медичного персоналу виїхала за кордон. У зв'язку з цим фінансове стимулювання медичного персоналу є важливою складовою економічних гарантій, що спрямоване не лише на компенсацію надважких і небезпечних умов праці, а й на створення конкурентоспроможних фінансово-економічних стимулів, здатних зупити подальшу еміграцію фахівців та закласти реальні передумови для репатріації українських медиків у повоєнний період.

Організаційно-політичні гарантії охоплюють єдину державну політику у сфері охорони здоров'я, створення розгалуженої мережі медичних закладів різного типу та форм власності, забезпечення доступу до різних форм медичної допомоги (первинної, вторинної, третинної та екстреної), активну участь інститутів громадянського суспільства у моніторингу якості медичних послуг та захисті прав пацієнтів.

Воєнний стан вніс суттєві зміни в організаційну систему, змінивши фокус на кризове управління та мобільність. Зокрема, потребують спрощення процедура визначення інвалідності для військовослужбовців та постраждалих внаслідок воєнних дій цивільних осіб, посилення політичного діалогу з міжнародними партнерами для забезпечення протезування та реабілітації важкопоранених пацієнтів на лікування до європейських клінік тощо.

Юридичні гарантії становлять конституційне закріплення права на охорону здоров'я та медичну допомогу, законодавчу деталізацію цього права (ст. 283, 284–287 Цивільного кодексу України; Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я»), діяльність судових та правоохоронних органів із забезпечення та захисту цього права, а також можливість звернення до Уповноваженого Верховної Ради з прав людини та до Європейського суду з прав людини.

Особливого виразу юридичні гарантії набувають в кризових умовах воєнного стану, коли класичні алгоритми правореалізації зазнають деформації, що вимагає від держави запровадження спеціальних пільг для вразливих

категорій. Яскравим прикладом такої адаптації є ухвалення рішення щодо безперешкодного доступу до медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам без прив'язки до наявності декларації з лікарем первинної ланки.

А. М. Федчун, досліджуючи адміністративно-правове регулювання прав пацієнтів, обґрунтовано підкреслює, що захист прав пацієнтів є поняттям багатоаспектним і включає правове регулювання, організаційне забезпечення, економічне забезпечення та діяльність компетентних органів державного управління [244]. Кожна з цих складових має власну специфіку, проте лише в їх сукупності забезпечується реальна дієвість механізму.

Особливо гостро в сучасних українських реаліях постає проблема розриву між нормативним закріпленням гарантій і їх фактичною реалізацією. А. Є. Шевченко та Г. А. Яцишена справедливо вказують, що норми Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (№ 2168) в частині обсягу медичної допомоги, яка надається безоплатно за програмами державних гарантій, викликають обґрунтовані сумніви щодо їх відповідності ст. 49 Конституції і потенційно призводять до звуження конституційного права на безоплатну медичну допомогу [261]. Ця проблема потребує системного вирішення як на законодавчому, так і на правозастосовному рівні.

Нормативно-правова складова механізму забезпечення права пацієнта не може функціонувати поза відповідним інституційним середовищем. Інституційно-правовий компонент представлений системою уповноважених органів, установ та закладів, які здійснюють управління, організацію діяльності, безпосереднє надання медичної допомоги та контроль за дотриманням прав пацієнтів. З. О. Мургустова підкреслює ознаки механізму реалізації права на охорону здоров'я, серед яких: він здійснюється органами, що надають медичну допомогу або сприяють її наданню; одним із суб'єктів правовідносин завжди виступає особа, яка отримує медичну допомогу, а іншим – заклади охорони здоров'я різних форм власності; реалізація права здійснюється за певною процедурою, закріпленою національним законодавством [131]. Ключовими

інституційними елементами в сучасній Україні є: Міністерство охорони здоров'я (нормотворча та стратегічна функції); Національна служба здоров'я України (функція замовника медичних послуг за програмою медичних гарантій, укладання договорів про медичне обслуговування, контроль за цільовим використанням коштів); заклади охорони здоров'я державної, комунальної та приватної форм власності (безпосереднє надання медичної допомоги); органи місцевого самоврядування (управління комунальними закладами, формування госпітальних округів); Уповноважений Верховної Ради з прав людини (парламентський контроль); суди (юрисдикційний захист порушених прав пацієнтів). Автономізація закладів охорони здоров'я, запроваджена в ході медичної реформи, принципово змінила модель фінансування: перехід від кошторисного утримання до контрактної моделі «гроші йдуть за пацієнтом» створив нові правовідносини між НСЗУ як замовником та медичними закладами як надавачами послуг, поставивши пацієнта у центр системи. Однак практика свідчить про значні диспропорції у доступі до медичної допомоги між міськими та сільськими територіями, а також про критичні труднощі для внутрішньо переміщених осіб та мешканців прифронтових територій.

Отже, аналізовані системно-структурні елементи перебувають у діалектичному взаємозв'язку, утворюючи цілісну динамічну систему: правова норма визначає потенційні права та обов'язки учасників, але вони не мають практичного значення до настання юридичного факту; юридичний факт «активує» правову норму, внаслідок чого виникають конкретні правовідносини; у рамках правовідносин суб'єкти реалізують свої права та обов'язки через акти реалізації; у випадку спорів або порушень залучаються акти застосування права; усе це функціонує в середовищі гарантій та інституційної інфраструктури. І у контексті наукової дискусії між прихильниками вузького підходу (лише формально-юридичні засоби) та широкого підходу (включення правосвідомості, правової культури, інституційних факторів), ми доводимо перевагу широкого, інтеграційного підходу. Вузький підхід, зосереджений на нормах права, юридичних фактах, правовідносинах та актах реалізації, є методологічно точним,

проте не здатний пояснити, чому за наявності формально досконалих правових норм механізм забезпечення права пацієнта на практиці часто не спрацьовує. Причини дисфункції найчастіше лежать саме в площині гарантійного та інституційного компонентів – недостатнє фінансування, кадровий дефіцит, низька правова обізнаність населення щодо своїх прав, відсутність спеціального закону «Про права пацієнтів в Україні». Тому перспективним є підхід, який розглядає механізм забезпечення права пацієнта як єдність нормативно-правової та інституційно-правової складових, доповнених системою гарантій – економічних, організаційних та юридичних.

Ю. А. Козаченко, досліджуючи права пацієнтів, справедливо вказує, що адміністративно-правове регулювання прав пацієнтів стосується цілеспрямованого здійснення повноважень суб'єктів управління в межах їх компетенції з управління справами, пов'язаними з охороною здоров'я, включаючи встановлення безпечних рамок для реалізації прав пацієнтів, їх збереження та захист [77, с. 17]. Водночас А. М. Федчун, досліджуючи адміністративно-правове регулювання прав пацієнта, констатує критичну прогалину: в Україні досі відсутній спеціальний закон, який би комплексно регулював правовий статус пацієнта, його права, обов'язки та відповідальність, процедуру оскарження рішень та роль медичного страхування [244]. Ця прогалина суттєво послаблює весь механізм забезпечення права на медичну допомогу, оскільки не дозволяє системно та вичерпно визначити обсяг суб'єктивних прав пацієнта, процедури їх реалізації та засоби захисту.

Таким чином, підсумовуючи проведений аналіз, зазначимо, що механізм забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги представляє собою складну, багаторівневу систему взаємопов'язаних правових, інституційних та гарантійних елементів, спрямованих на створення реальних умов для здійснення конституційного права кожного на медичну допомогу. Системно-структурними елементами цього механізму є: правові норми (медико-правові норми комплексного, міжгалузевого характеру), юридичні факти (фактичні склади, що активують правовідносини), правовідносини у сфері

надання медичної допомоги (з їхнім специфічним суб'єктним складом, об'єктом та змістом), акти реалізації суб'єктивних прав і юридичних обов'язків (у формах використання, виконання та дотримання), акти застосування права (елемент, що активується в умовах правових спорів та порушень), гарантії забезпечення права (економічні, організаційно-політичні, юридичні) та інституційно-правовий компонент (система уповноважених органів та закладів). Ефективність цього механізму визначається не так досконалістю окремих елементів, як узгодженістю їх функціонування та здатністю системи загалом забезпечувати реальний доступ кожного пацієнта до якісної, своєчасної та безпечної медичної допомоги.

2.3 Нормативно-інституційна модель забезпечення права пацієнта на медичну допомогу в Україні

У вітчизняній правовій доктрині немає єдності щодо оптимальної нормативно-інституційної моделі забезпечення права пацієнта на медичну допомогу. Частина дослідників виходить із пріоритету адміністративно-правового регулювання: Л. В. Бобрішова наголошує на визначальній ролі державного управління у забезпеченні стандартів якості й доступності медичної допомоги [15], а Р. В. Шевчук, поділяючи цю позицію, акцентує потребу модернізації управлінських механізмів і переходу до гнучкіших інструментів [262]. Натомість І. Я. Сенюта розглядає медичні правовідносини переважно крізь цивільно-правову природу, підкреслюючи значення відповідальності, відшкодування шкоди, компенсації моральних збитків, договірних зобов'язань і судової практики, зокрема практики ЄСПЛ [207].

Інший акцент пропонує В. М. Пашков, який аналізує сферу охорони здоров'я у господарсько-правовому контексті та обґрунтовує необхідність сприймати медичний заклад як суб'єкт господарювання, що діє в конкурентному середовищі й відповідає за якість послуг [150]. Комплексний підхід розвиває Ю. А. Козаченко: вона поєднує адміністративні, організаційні та міжнародно-

правові механізми, пропонуючи створення Служби уповноважених з прав пацієнтів при МОЗ і прийняття спеціального закону про правовий статус пацієнта [76]. С. Г. Стеценко та співавт. обстоюють міждисциплінарне розуміння медичного права як самостійної галузі, що інтегрує адміністративні, цивільні, кримінальні та господарські елементи [226].

З огляду на це найбільш переконливою видається саме інтегрована модель. Суто адміністративний підхід важливий для організації системи, але є недостатнім за умов автономізації закладів і ринкових елементів фінансування. Цивільно-правова концепція добре пояснює природу відносин між пацієнтом і надавачем допомоги, однак не охоплює повною мірою роль публічного адміністрування у стандартизації та доступності. Господарсько-правовий підхід є корисним для аналізу діяльності медичних закладів, але потребує доповнення спеціальними гарантіями захисту пацієнта як слабшої сторони. Тому нормативно-інституційна модель має поєднувати публічно-правові, приватноправові, фінансові та правозахисні механізми.

Така інтеграція важлива ще й тому, що право пацієнта має подвійний вимір. З одного боку, воно є суб'єктивним правом конкретної особи, яка очікує на доступну, безпечну і якісну допомогу. З іншого боку, воно залежить від організації публічної системи: фінансування, ліцензування, стандартизації, кадрової політики, контролю якості та дієвості скаргових процедур. Тому подальший аналіз доцільно вибудовувати послідовно: від конституційних засад до законодавчих, підзаконних, міжнародних і, зрештою, інституційних гарантій.

Методологічно така модель дозволяє уникнути двох крайнощів: надмірного етатизму, за якого пацієнт залишається залежним від адміністративного розсуду, і надмірної приватизації відносин, за якої медична допомога зводиться до звичайної послуги. У сфері охорони здоров'я ці підходи не можуть існувати ізольовано, оскільки без державних стандартів і фінансування не гарантується доступність, а без приватноправових механізмів відповідальності не забезпечується реальний захист порушеного індивідуального права.

Реалізація такої моделі неможлива без чіткої нормативної основи. Її фундамент становить Конституція України, насамперед стаття 49, за якою кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, а у державних і комунальних закладах медична допомога надається безоплатно [86]. Конституційний Суд України у рішенні від 29 травня 2002 року роз'яснив, що безоплатність означає неможливість стягнення з пацієнта плати за медичну допомогу, надану у відповідних закладах в обсязі, визначеному законом [195]. Отже, конституційна гарантія не є лише декларацією, а задає імперативний орієнтир для подальшого законодавчого регулювання.

Конституційне право на медичну допомогу розкривається також через соціальну функцію держави. В. О. Гергелійник підкреслює, що право на охорону здоров'я покладає на державу позитивний обов'язок створювати умови для його реалізації [35]. Г. А. Миронова пов'язує це право з особливим порядком обмеження та цивільно-правового захисту [121], а М. М. Качмар визначає його зміст через доступ до якісних медичних товарів і послуг, безпечного середовища та механізмів відповідальності за порушення прав людини у сфері охорони здоров'я [69]. Важливе значення має і стаття 28 Конституції України, що гарантує повагу до гідності [86]: у медичних правовідносинах вона є основою автономії пацієнта, інформованої згоди та безпеки. У цьому контексті Ю. А. Козаченко слушно розглядає право пацієнта на безпеку як свободу від шкоди, спричиненої неналежним функціонуванням системи охорони здоров'я або помилками медичних працівників [77].

Конституційний статус права на охорону здоров'я істотно звужує можливості довільного втручання у сферу медичних правовідносин. Г. А. Миронова звертає увагу на те, що будь-які обмеження цього права мають оцінюватися не лише як втручання у приватноправову сферу, а передусім як посягання на конституційне право людини [119]. Додатковим аксіологічним орієнтиром є стаття 3 Конституції України, яка визнає людину, її життя і здоров'я найвищою соціальною цінністю [86]. Саме ця норма пояснює, чому медична допомога не може розглядатися виключно як послуга на ринку.

Однак конституційні норми мають переважно установчий характер, тому потребують галузевої конкретизації. Центральне місце тут посідає Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ [143]. Як зазначає Б. О. Логвиненко, цей акт містить загальні положення про права пацієнта і гарантії їх захисту, тому є базовим у правовому регулюванні медичних відносин [104]. Його значення полягає в тому, що він формує системоутворююче ядро медичного законодавства: визначає принципи державної політики, суб'єктний склад, загальні механізми реалізації прав людини та орієнтири для подальших спеціальних актів.

Закон закріплює пріоритет прав людини, доступність медичної допомоги, гуманістичну спрямованість медичної діяльності та відповідальність держави за створення належних умов для збереження здоров'я [143]. Особливе значення мають норми про правовий статус пацієнта: право на охорону здоров'я, доступ до медичної допомоги, безпечні умови життя, медичну інформацію, інформовану згоду, можливість відмовитися від медичного втручання, а також обов'язок медичних працівників діяти відповідно до професійних стандартів [143]. У сукупності ці положення вибудовують базову модель відносин між пацієнтом, медичним працівником і державою, у якій поєднуються автономія особи, професійна відповідальність та організаційна роль публічної влади.

У межах Основ законодавства про охорону здоров'я особливо помітним є поєднання матеріальних і процедурних гарантій. Матеріальні гарантії стосуються самого доступу до допомоги, безпечних умов життя, профілактики, лікування та реабілітації. Процедурні гарантії забезпечують можливість пацієнта реально впливати на медичне втручання: отримати інформацію, надати або не надати згоду, відмовитися від втручання, вимагати дотримання лікарської таємниці й професійних стандартів. Саме тому цей закон не лише описує систему охорони здоров'я, а й формує юридичну рамку взаємної відповідальності пацієнта, лікаря, закладу та держави [143].

Координаційна функція Основ проявляється в тому, що саме на них спираються акти про медичне страхування, державні фінансові гарантії, обіг

лікарських засобів, професійну діяльність медичних працівників та інші напрями медичного регулювання. Сучасні зміни, зокрема Закон № 4246-IX, спрямовані на оновлення правового статусу медичних працівників, удосконалення їх підготовки та запровадження безперервного професійного розвитку [155]. Це безпосередньо пов'язано із правами пацієнтів, адже якість допомоги залежить не тільки від наявності формальних гарантій, а й від компетентності медичних працівників та ефективності механізмів їх відповідальності.

Водночас значення Основ не варто зводити до переліку прав. Закон виконує роль своєрідного «містка» між конституційними принципами та спеціальним регулюванням окремих сфер медичної діяльності. На його положення орієнтуються акти про електронну систему охорони здоров'я, професійний розвиток медиків, фінансування послуг, організацію медичної практики та контроль за якістю. Завдяки цьому забезпечення права пацієнта набуває системного, а не фрагментарного характеру: окрема норма про згоду, інформацію чи якість допомоги працює не ізольовано, а в межах ширшої нормативної конструкції.

Наступним ключовим елементом є фінансове забезпечення права на медичну допомогу. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII визначив державні гарантії оплати необхідних пацієнтам медичних послуг і лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету в межах програми медичних гарантій [158]. Держава гарантує повну оплату за тарифом екстреної, первинної, спеціалізованої, високоспеціалізованої, паліативної допомоги, медичної реабілітації, допомоги дітям до 16 років та допомоги у зв'язку з вагітністю і пологами [158].

Важливо, що Закон про державні фінансові гарантії не тільки визначає перелік медичних послуг, які оплачуються державою, а й закріплює фінансову відповідальність держави за їх фактичне надання. Він передбачає, що кошти на реалізацію ПМГ щорічно визначаються у Державному бюджеті як частка ВВП у розмірі не менше 5 відсотків, а органи місцевого самоврядування можуть

додатково фінансувати місцеві програми підтримки закладів, громадського здоров'я та надання медичних послуг [158]. Отже, право пацієнта забезпечується не лише через норму про безоплатність, а й через бюджетний механізм.

Цей закон змінив саму логіку фінансування охорони здоров'я: замість утримання мережі закладів запроваджено принцип «гроші йдуть за пацієнтом», за яким держава оплачує конкретну надану послугу. Ю. І. Сенюк та З. О. Надюк слушно підкреслюють, що модель єдиного платника через НСЗУ стала одним із найважливіших інституційних перетворень у системі охорони здоров'я України, оскільки змінила парадигму фінансування з утримання установ на оплату фактично наданих послуг [201]. Водночас ефективність цієї моделі залежить від правової визначеності тарифів, стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів і контролю якості.

Практично фінансові гарантії реалізуються через програму медичних гарантій. Станом на 2026 рік вона передбачає 46 пакетів медичних послуг, фінансування понад 191,6 млрд грн, а тариф на первинну медичну допомогу становить 1007,3 грн на одного пацієнта на рік [60]. Отже, Закон про державні фінансові гарантії формує економічний механізм реалізації конституційного права: він визначає, які послуги підлягають оплаті, як взаємодіють держава, заклади та пацієнти, і в яких межах право на медичну допомогу набуває реального фінансового забезпечення.

Широта ПМГ має принципове значення для оцінки реальності конституційної гарантії. Програма охоплює не тільки первинну й екстрену допомогу, а й складні хірургічні втручання, лікування онкологічних захворювань, реабілітацію та паліативну допомогу [60]. У цьому сенсі фінансова модель виступає не допоміжним, а центральним елементом нормативно-інституційної конструкції. Якщо медична послуга включена до гарантованого пакета, вимога її додаткової оплати фактично ставить під сумнів реалізацію суб'єктивного права пацієнта, а не лише порушує порядок фінансування.

Показово, що фінансові гарантії одночасно посилюють і відповідальність медичних закладів. Отримання коштів за договором із НСЗУ передбачає не

просто факт надання послуги, а її відповідність умовам пакета, вимогам до обсягу, обладнання, персоналу й маршрутизації пацієнта [136; 158]. Тому фінансування за ПМГ поступово перетворюється на інструмент управління якістю: заклад, який претендує на оплату з бюджету, має довести спроможність надати допомогу належного рівня. Для пацієнта це означає, що бюджетний механізм пов'язується з конкретним правом вимагати безоплатної і якісної послуги.

Законодавчі положення потребують підзаконної конкретизації. Важливу роль відіграють постанови Кабінету Міністрів України та накази МОЗ, які встановлюють стандарти, процедури організації допомоги, вимоги до професійної діяльності та механізми реалізації окремих прав пацієнтів. У сфері стандартизації базовим є наказ МОЗ від 28 вересня 2012 року № 751, яким затверджено методику розробки й упровадження медичних стандартів і уніфікованих клінічних протоколів на засадах доказової медицини [179]. Подальший розвиток цієї системи пов'язаний із наказом МОЗ від 29 грудня 2016 року № 1422, який дозволив лікарям використовувати міжнародні клінічні настанови та протоколи, що посилює орієнтацію на сучасну доказову медицину [157].

Стандартизація медичної допомоги має подвійний правовий ефект. По-перше, вона орієнтує лікаря на доказові підходи та зменшує ризик випадковості у виборі діагностичної чи лікувальної тактики. По-друге, вона створює для пацієнта можливість очікувати порівнянного рівня якості незалежно від місця надання допомоги. Саме тому уніфіковані клінічні протоколи, міжнародні настанови та медичні стандарти не є суто технічними документами: вони впливають на зміст права на безпечну, своєчасну й належну медичну допомогу [157; 179].

Організаційні накази МОЗ деталізують порядок отримання допомоги на різних рівнях. Наказ № 504 регламентує первинну медичну допомогу, включаючи прийом пацієнта, окремі послуги за місцем проживання і телемедицину [166]. Наказ № 586 визначає порядок електронних направлень на

спеціалізовану та високоспеціалізовану допомогу [167]. Наказ № 583 встановлює правила виклику бригад екстреної допомоги і транспортування пацієнтів [168], а наказ № 1308 регулює організацію паліативної допомоги на принципах доступності, безперервності та мультидисциплінарності [180]. Усі ці акти перетворюють загальне право на медичну допомогу на конкретні процедури доступу до послуг.

Організаційні процедури також мають правогарантійне значення. Електронне направлення дає змогу відстежити маршрут пацієнта між рівнями допомоги, а правила екстреної допомоги мінімізують ризик відмови через місце проживання, реєстрацію чи відсутність документів [167; 168]. Паліативна допомога, своєю чергою, показує, що право пацієнта не обмежується лікуванням у вузькому сенсі, а охоплює підтримку якості життя, знеболення, безперервність догляду і мультидисциплінарну взаємодію [180]. Отже, підзаконні акти часто є тим рівнем, де загальні права набувають операційної форми.

Окремі накази МОЗ безпосередньо забезпечують процедурні права пацієнтів. Наказ № 110 затвердив форму інформованої добровільної згоди, що документально втілює принцип автономії пацієнта [169]. Наказ № 592 гарантує допуск відвідувачів до пацієнтів у відділенні інтенсивної терапії цілодобово [164]. Наказ № 587 регламентує ведення електронних медичних записів, направлень і рецептів, що підвищує прозорість медичних послуг та доступ пацієнта до інформації про стан здоров'я [46]. Поряд із цим наказ МОЗ № 446 і постанова КМУ № 725 формують систему безперервного професійного розвитку медичних працівників, яка прямо впливає на якість і кваліфікованість медичної допомоги [45; 163].

Документування інформованої згоди, доступ до відвідувачів та ведення електронних записів мають спільну логіку: вони роблять взаємодію пацієнта із системою більш прозорою і контрольованою. Згода підтверджує, що медичне втручання не є одностороннім рішенням лікаря; правила відвідування у стаціонарі захищають соціальний і психологічний вимір перебування пацієнта в

лікарні; електронна документація посилює право на інформацію та дає змогу відстежувати направлення, рецепти й медичні записи [169; 164; 46].

Значущими залишаються й постанови Кабінету Міністрів України. Ліцензійні умови провадження медичної практики встановлюють вимоги до суб'єктів, які надають медичну допомогу, а отже виконують превентивну функцію забезпечення якості та безпеки послуг [161]. Зміни, що набули чинності у 2026 році, передбачають диференціацію ліцензування за видами допомоги та спеціальностями [156]. У сфері екстреної допомоги постанови КМУ визначають нормативи прибуття бригад і порядок роботи диспетчерських служб [175]. Програма державних гарантій на 2025 рік, затверджена постановою КМУ № 1503, конкретизує пакети послуг, тарифи та умови їх надання. Слушною є й пропозиція Ю. А. Козаченко щодо державної реєстрації медичних стандартів, оскільки вони зачіпають фундаментальні права людини, а за загальними правилами такі акти підлягають державній реєстрації [76; 162].

У підсумку підзаконне регулювання не замінює закон, але робить його придатним до практичного застосування. Саме на цьому рівні визначається, як пацієнт потрапляє до сімейного лікаря, як отримує направлення, як викликається екстрена допомога, які стандарти має застосовувати лікар, які вимоги ставляться до закладу та яким чином оплачується пакет медичних послуг. Тому якість підзаконних актів прямо впливає на те, чи буде право на медичну допомогу реальним, однаковим і передбачуваним для пацієнтів у різних регіонах.

Разом із тим підзаконний рівень залишається вразливим до фрагментарності. Велика кількість наказів, порядків, методик і постанов може ускладнювати орієнтацію як для пацієнта, так і для медичного працівника. Тому важливим завданням є не лише прийняття нових актів, а й забезпечення їх узгодженості, доступності для розуміння та стабільності застосування. Якщо стандарт або порядок існує формально, але не доведений до виконавців і пацієнтів, він не виконує правогарантійної функції повною мірою.

Невід'ємною складовою нормативного рівня є міжнародно-правові стандарти. За визначенням П. М. Рабіновича, вони становлять уніфіковані й

функціонально універсальні норми та принципи, що фіксують мінімальний або бажаний обсяг прав людини і покладають на держави обов'язок їх дотримуватися, охороняти та захищати [183]. У сфері медичної допомоги ці стандарти утворюють багаторівневу архітектуру, що поєднує універсальні акти ООН і ВООЗ, європейські договори, практику ЄСПЛ та рекомендаційні документи професійних і громадських організацій.

До універсальних стандартів належить Статут ВООЗ, який визначає здоров'я як стан фізичного, душевного і соціального благополуччя та проголошує володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я одним із основних прав людини. Загальна декларація прав людини закріпила право на медичний догляд як складову права на достатній життєвий рівень [56]. Юридично обов'язковим орієнтиром для України є Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права: стаття 12 визнає право кожного на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я [124]. Загальний коментар № 14 конкретизує це право через обов'язки держави поважати, захищати й виконувати його, забезпечувати недискримінаційний доступ до медичних установ, товарів і послуг та не допускати регресу в системі охорони здоров'я [298].

Статут ВООЗ має особливе методологічне значення, оскільки виводить розуміння здоров'я за межі суто біологічної категорії. Якщо здоров'я охоплює фізичне, психічне і соціальне благополуччя, то медична допомога не може зводитися лише до лікування хвороби після її появи. Загальна декларація прав людини, хоча і не є міжнародним договором, заклала ширшу соціальну рамку: медичний догляд пов'язаний із життєвим рівнем, соціальним забезпеченням та добробутом людини [56]. Для національної системи це важливо, бо право пацієнта не ізольоване від умов життя, доступності інформації, профілактики та соціального захисту.

Спеціальні міжнародні стандарти деталізують гарантії для окремих категорій пацієнтів. Конвенція про права дитини вимагає забезпечення дітям найкращих доступних послуг системи охорони здоров'я та першочергової уваги

до первинної медико-санітарної допомоги [82]. Конвенція про права осіб з інвалідністю гарантує право на найвищий досяжний рівень здоров'я без дискримінації, доступ до медичних послуг, реабілітації та підтримки максимальної незалежності [83]. Це свідчить про тенденцію міжнародного права до диференціації стандартів залежно від потреб уразливих груп пацієнтів.

Положення МПЕСКП у цьому контексті виконують роль обов'язкової нижньої межі державних зобов'язань. Держава повинна не лише утримуватися від прямого порушення права на здоров'я, а й створювати умови, за яких медичні установи, товари і послуги є доступними, прийнятними та якісними для всіх груп населення [124; 298]. Це має значення і для України: реформування системи охорони здоров'я не може оцінюватися тільки за фінансовими показниками, якщо воно погіршує фактичний доступ уразливих груп до необхідної допомоги.

Важливими є й документи медичної професійної спільноти. Лісабонська декларація ВМА закріплює права пацієнта на високоякісне обслуговування, вибір лікаря, самовизначення, інформовану згоду або відмову від лікування, конфіденційність, гуманний догляд і моральну підтримку [101]. Її особливість полягає в тому, що стандарти формулюються не лише державами, а й самою медичною спільнотою. Гельсінська декларація ВМА встановлює етичні правила медичних досліджень за участю людини, акцентуючи добровільність участі, інформовану згоду, захист гідності, приватності та пріоритет інтересів пацієнта над інтересами дослідження [34].

Лісабонська та Гельсінська декларації важливі тим, що зміщують центр уваги з державного управління на професійну етику і автономію особи. Перша закріплює базові права пацієнта у відносинах із лікарем, включаючи право на вибір, інформацію, згоду, конфіденційність і гуманне ставлення [101]. Друга застосовується у сфері медичних досліджень, де ризик порушення прав особливо високий, і прямо вимагає, щоб інтереси пацієнта переважали інтереси науки або суспільства [34]. Разом вони посилюють уявлення про пацієнта як активного носія прав, а не об'єкт медичного впливу.

Серед європейських стандартів особливе значення має Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод [51]. Хоча вона прямо не закріплює право на медичну допомогу, практика ЄСПЛ сформувала систему позитивних зобов'язань держав у цій сфері. У справі «Кальвеллі та Чіліо проти Італії» Суд пов'язав статтю 2 із обов'язком держави забезпечити належне інформування пацієнта про наслідки медичної процедури [283]. У справах щодо ненадання допомоги особам, позбавленим волі, зокрема у справі «Луньов проти України», стаття 3 застосовується як гарантія від нелюдського поводження [193]. Стаття 8, у свою чергу, використовується для захисту автономії та права відмовитися від медичного втручання, що впливає зі справи «Прітті проти Великобританії» [222].

ЄСПЛ фактично компенсував відсутність у Конвенції окремої статті про право на медичну допомогу через тлумачення прав на життя, заборону нелюдського поводження та повагу до приватного життя [51]. Такий підхід має практичне значення для України, оскільки дозволяє оцінювати неналежне інформування, тривалу відсутність лікування, порушення автономії або недбале поводження з пацієнтом не лише як медико-організаційні недоліки, а як порушення конвенційних прав. Саме тому практика ЄСПЛ є важливим динамічним джерелом стандартів у сфері прав пацієнтів.

Європейська соціальна хартія безпосередньо гарантує право на охорону здоров'я: стаття 11 зобов'язує держави усувати причини слабкого здоров'я, розвивати просвітницькі служби та запобігати захворюванням, а стаття 13 забезпечує право малозабезпечених осіб на соціальну й медичну допомогу [52]. Амстердамська декларація ВООЗ про права пацієнта у Європі закріпила повагу до гідності, культурних і моральних цінностей, фізичної та психічної недоторканності, право на інформацію, відмову від втручання, наступництво допомоги та гідне ставлення [332]. Саме вона чітко розмежувала соціальні права у сфері охорони здоров'я та індивідуальні права пацієнта як носія спеціального правового статусу.

Амстердамська декларація доповнює договірні гарантії більш детальним переліком індивідуальних прав пацієнта. Вона підкреслює значення інформації про стан здоров'я, можливості відмови від втручання, наступництва медичної допомоги, вибору особи, якій може бути повідомлена медична інформація, і гідного ставлення у процесі лікування [332]. Її значення полягає також у розмежуванні соціальних прав у сфері охорони здоров'я та власне індивідуальних прав пацієнта. Це розмежування є корисним для українського законодавства, де загальні гарантії часто існують без достатньо чіткої процедури їх персональної реалізації.

Конвенція Ов'єдо є єдиним юридично обов'язковим міжнародним документом про права людини у біомедичній сфері. Вона закріплює пріоритет людини над інтересами суспільства і науки, рівноправний доступ до медичної допомоги належної якості, вільну та поінформовану згоду, право на приватність і право на інформацію [81]. Україна підписала цю Конвенцію та додаткові протоколи, але досі не ратифікувала її, що залишається помітною прогалиною національної моделі. Значення Конвенції підтверджує і практика ЄСПЛ, зокрема справа «Ельберте проти Латвійської Республіки» [194], а також позиція про необхідність її застосування на національному рівні після ратифікації [189].

Європейська хартія прав пацієнтів 2002 року, хоча й має рекомендаційний характер, систематизує чотирнадцять ключових прав: на профілактику, доступність, інформацію, згоду, свободу вибору, приватність, повагу до часу, стандарти якості, безпеку, інновації, уникнення невинного болю, індивідуалізоване лікування, скаргу та компенсацію [53]. Т. В. Блащук і Ю. С. Шелестюк зазначають, що застосування її індикаторів демонструє низький рівень дотримання прав пацієнта в Україні [14]. Хартія основних прав ЄС закріплює право на профілактичне лікування і медичне обслуговування відповідно до національного законодавства [246], а Віденська декларація з безпеки пацієнтів в інтенсивній терапії наголошує на необхідності систем звітування про інциденти безпеки [24].

Європейська хартія прав пацієнтів є особливо цінною через появу прав, які раніше не завжди прямо формулювалися в міжнародних актах: права на повагу до часу пацієнта, права на індивідуалізоване лікування і самостійного права на безпеку [53]. Саме ці елементи наближають правове регулювання до реального досвіду пацієнта, для якого порушенням може бути не тільки відмова в лікуванні, а й надмірне очікування, відсутність зрозумілої інформації, небезпечна організація процесу або формальний підхід до індивідуальних потреб.

Отже, міжнародні стандарти формують для України не лише зовнішній орієнтир, а й критерій оцінки ефективності національної моделі. Юридично обов'язкові акти, такі як МПЕСКП, ЄКПЛ і Європейська соціальна хартія, визначають мінімальний рівень державних зобов'язань. Рекомендаційні документи, зокрема Амстердамська декларація, Лісабонська декларація ВМА та Європейська хартія прав пацієнтів, деталізують зміст належної поведінки держави, медичних закладів і лікарів. Водночас реальне дотримання цих стандартів залежить від національної інституційної структури, яка має перетворювати норми на практичний механізм доступу, якості й захисту.

Для України міжнародні стандарти мають ще один важливий вимір – євроінтеграційний. Гармонізація медичного законодавства з європейськими підходами означає не механічне перенесення термінів, а поступове наближення процедур, стандартів якості, підходів до безпеки пацієнта, недискримінації та доступу до інновацій [53; 246]. Саме тому міжнародні документи доцільно сприймати не як зовнішній додаток до національного законодавства, а як критерій його модернізації. Вони допомагають виявити прогалини, які залишаються непомітними при суто внутрішньому аналізі.

Інституційний рівень нормативно-інституційної моделі становить функціонально пов'язану систему суб'єктів, кожен із яких виконує окрему правогарантійну роль. Верховна Рада України створює нормативну основу права пацієнта, визначає зміст державних гарантій, засади фінансування, межі повноважень органів виконавчої влади та способи захисту [143; 158]. Президент України не здійснює поточного адміністрування у сфері охорони здоров'я, однак

як гарант додержання прав і свобод людини задає стратегічний правозахисний вектор, зокрема через законодавчу ініціативу, підписання законів і вплив на державну політику [86].

Інституційна модель не є просто вертикаллю органів влади. Вона радше становить мережу взаємодії, у якій кожен суб'єкт відповідає за окрему частину гарантії. Законодавець створює правову рамку, уряд забезпечує організаційний і фінансовий механізм, МОЗ визначає стандарти й політику, НСЗУ пов'язує право з оплатою послуг, контрольні органи стежать за безпекою, місцевий рівень забезпечує територіальну доступність, а заклади охорони здоров'я безпосередньо взаємодіють із пацієнтом. Лише узгодженість цих рівнів перетворює норму права на реальну можливість отримати допомогу.

Кабінет Міністрів України переводить законодавчі гарантії у практичні механізми: затверджує порядок реалізації програми медичних гарантій, умови фінансування, тарифи, ліцензійні та процедурні правила. Саме урядові рішення, зокрема щодо фінансування ПМГ на 2026 рік [60], надають конституційному праву бюджетно-організаційної форми. Міністерство охорони здоров'я України, як центральний орган виконавчої влади у цій сфері [125], наповнює право пацієнта професійним змістом: формує політику, затверджує стандарти, визначає вимоги до якості, кадрового забезпечення, цифровізації, інфекційного контролю та організації допомоги.

Роль МОЗ особливо важлива тому, що саме воно визначає професійні правила, без яких право пацієнта залишається надто загальним. Стандарти лікування, клінічні маршрути, вимоги до кадрового забезпечення, інфекційного контролю, доступності для маломобільних груп і цифрових процесів фактично встановлюють мінімальний рівень належної організації допомоги [125; 156]. У цьому сенсі ліцензування є не лише формальною умовою господарської діяльності, а превентивною гарантією: до медичної практики допускається лише той суб'єкт, який здатний забезпечити визначені законом і підзаконними актами вимоги.

Національна служба здоров'я України посідає особливе місце, оскільки саме вона забезпечує оплату послуг, які держава гарантує пацієнтові як безоплатні [136]. НСЗУ укладає договори з надавачами всіх форм власності, оплачує послуги за ПМГ, приймає скарги пацієнтів і роз'яснює порядок дій у разі вимагання оплати за гарантовані послуги. Водночас її функція є фінансово-контрактною, а не омбудсменською, тому вона не замінює спеціалізованого органу захисту прав пацієнтів; ця проблема підтверджує актуальність пропозицій щодо створення відповідної служби [149].

Значення НСЗУ найкраще проявляється у типових практичних ситуаціях. Якщо заклад, який має договір із НСЗУ, вимагає від пацієнта оплатити консультацію, госпіталізацію чи обстеження, що входить до пакета ПМГ, ідеться не лише про недобросовісну поведінку закладу, а про порушення гарантованого права пацієнта [136; 158]. Можливість звернутися зі скаргою, отримати роз'яснення через контакт-центр або перевірити наявність договору з надавачем перетворює фінансову модель на один із практичних інструментів захисту. Водночас ця модель потребує доповнення правозахисним механізмом [149].

Уповноважений Верховної Ради України з прав людини представляє загальноправозахисний механізм [241]. Для пацієнта цей інститут важливий тоді, коли порушення набуває характеру порушення прав людини: дискримінації за станом здоров'я, розголошення діагнозу, недоступності допомоги для вразливих груп або порушень у закладах, де особа перебуває у залежному становищі. Місцеві державні адміністрації забезпечують регіональну реалізацію державної політики, підтримання мережі закладів і планування її розвитку [174]. Органи місцевого самоврядування, своєю чергою, управляють комунальними закладами, забезпечують їх матеріально-технічну базу, фінансують місцеві програми підтримки, обладнання, ремонту та стимули для медичних працівників [158; 173]. Саме на цьому рівні право на медичну допомогу найчастіше набуває або втрачає реальну територіальну доступність.

Регіональний і місцевий рівні особливо важливі в умовах територіальної нерівності, воєнних викликів і різної спроможності громад. Саме тут

вирішується, чи збережеться опорна лікарня, як буде організована маршрутизація пацієнтів, чи матиме громада обладнання, транспорт, реабілітаційні послуги або стимули для медичних працівників [173; 174]. Тому право на медичну допомогу залежить не лише від державної програми, а й від якості місцевого врядування. Держава може гарантувати базовий пакет, але громада часто визначає, наскільки він буде фактично доступним для конкретної людини.

Заклади охорони здоров'я є суб'єктами, у діях яких право пацієнта реалізується безпосередньо. Вони вже не можуть сприйматися лише як об'єкти управління, адже у сучасній моделі виступають носіями конкретних обов'язків перед пацієнтом [98]. Саме заклад і медичні працівники повинні надати доступну інформацію, отримати інформовану згоду, забезпечити лікарську таємницю, повагу до вибору лікаря і закладу, а також дотримуватися процедур, визначених законом [143]. Тому слушною є позиція, за якою заклад охорони здоров'я є безпосереднім носієм обов'язків щодо прав пацієнта [50].

Окрему роль відіграє Національна академія медичних наук України. Її значення не обмежується науковим супроводом: НАМН забезпечує розвиток високоспеціалізованої допомоги, клінічних підходів, реабілітаційних і дослідницьких практик, а також упровадження сучасних досягнень медичної науки [227]. Для пацієнта це означає, що право на допомогу охоплює не лише формальний доступ до послуги, а й доступ до медицини належного наукового рівня. Водночас пацієнт не є пасивним адресатом державної турботи: Основи законодавства України про охорону здоров'я визнають його право брати участь в управлінні охороною здоров'я, обговоренні проєктів актів і діяльності громадських об'єднань [143]. У цьому сенсі слушною є думка Л. А. Лисиченко, що захист прав пацієнтів має спиратися на реальні життєві ситуації, а не лише на абстрактні конструкції [100].

Пацієнтські об'єднання в цій моделі виконують коригувальну функцію. Вони виявляють системні дефекти, акумулюють індивідуальні скарги, адвокують зміни до законодавства, поширюють інформацію про гарантовані

послуги та допомагають перетворювати приватний досвід порушення на публічну проблему [100; 143]. За відсутності спеціалізованого омбудсменського механізму саме громадські організації нерідко стають першою інстанцією, до якої звертається пацієнт. Однак їхня ефективність залежить від того, чи визнає держава такі об'єднання повноправними учасниками публічного адміністрування, а не лише зовнішніми критиками системи.

Саме відсутність спеціалізованого правозахисного інституту у сфері прав пацієнтів є однією з ключових проблем чинної моделі. НСЗУ реагує переважно на порушення фінансових гарантій, Уповноважений з прав людини розглядає питання ширшого конституційного масштабу, а МОЗ здебільшого формує політику й стандарти. Між цими рівнями залишається простір для органу, який би фахово працював із типовими порушеннями прав пацієнтів: від ненадання інформації та порушення згоди до відмови в доступі, недотримання стандартів або неналежного розгляду скарг. Тому ідея спеціалізованого омбудсменського механізму є логічним продовженням комплексної моделі [76; 149].

Особливої уваги потребує взаємодія між формальною наявністю права і фактичною можливістю ним скористатися. Пацієнт може мати право на безоплатну послугу, але стикатися з відсутністю фахівця, чергою, нерівною територіальною доступністю, нечітким маршрутом або браком зрозумілої інформації. Саме тому нормативно-інституційна модель не повинна обмежуватися переліком актів і суб'єктів. Її ефективність слід оцінювати за тим, чи здатна вона забезпечити безперервний шлях пацієнта: від виникнення потреби у допомозі до отримання послуги, інформованого рішення, захисту даних, оскарження порушення і, за необхідності, компенсації шкоди. Такий підхід дозволяє побачити не лише сильні сторони української моделі, а й ті вузли, де формальні гарантії найчастіше втрачають практичний зміст.

Відповідно, подальше вдосконалення моделі має відбуватися не лише шляхом збільшення кількості нормативних актів, а через узгодження їх між собою, підвищення прозорості процедур і забезпечення реальної підзвітності кожного інституційного суб'єкта. Пацієнт повинен розуміти, хто відповідає за

стандарт, хто оплачує послугу, хто контролює якість, хто реагує на скаргу і який механізм захисту застосовується у разі порушення. Саме така визначеність робить право не абстрактною гарантією, а практичним інструментом.

Отже, нормативно-інституційна модель забезпечення права пацієнта на медичну допомогу в Україні є ієрархічною та комплексною. Її конституційний рівень формує аксіологічний фундамент через визнання життя, здоров'я, гідності та права на медичну допомогу найвищими правовими цінностями. Законодавчий рівень конкретизує ці гарантії через Основи законодавства України про охорону здоров'я та Закон про державні фінансові гарантії. Підзаконні акти МОЗ і Кабінету Міністрів України переводять гарантії у стандарти, процедури, тарифи та вимоги до якості. Міжнародні стандарти визначають орієнтири для подальшої гармонізації й наголошують на необхідності подолання розриву між формальним закріпленням прав і реальним доступом до якісної та безпечної медичної допомоги. Інституційний рівень охоплює парламент, уряд, МОЗ, НСЗУ, Держлікслужбу, омбудсмена, місцеві органи, заклади охорони здоров'я, НАМН і пацієнтські об'єднання, проте потребує доповнення спеціалізованим механізмом захисту прав пацієнтів як важливого напряму подальшого реформування.

Висновки до Розділу 2

1. Обґрунтовано авторське розуміння механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу як цілісної, динамічної системи нормативно-правових, інституційно-організаційних, технологічних і соціально-психологічних засобів, спрямованих на створення реальних умов для безперешкодного здійснення цього права. На відміну від вузьких підходів, що зводять механізм лише до сукупності правових норм або окремих стадій правореалізації, запропонований підхід охоплює також цифрову інфраструктуру, контрольні процедури та рівень правової культури учасників медичних правовідносин, що у своїй сукупності забезпечують ефективну реалізацію цього права. Саме таке розуміння відображає людиноцентричний і функціональний характер сучасної моделі забезпечення права пацієнта на медичну допомогу.

2. Систематизовано та детально охарактеризовано системно-структурні елементи механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу: медико-правові норми комплексного міжгалузевого характеру; юридичні факти та фактичні склади, що активують правовідносини (зокрема, інформована згода як особливий правоутворюючий факт); правовідносини у сфері надання медичної допомоги з їхнім специфічним суб'єктним складом і комбінованою публічно-приватноправовою природою; акти реалізації суб'єктивних прав і обов'язків у формах використання, виконання та дотримання; факультативні акти застосування права; система гарантій (економічних, організаційно-політичних, юридичних); та інституційно-правовий компонент. Доведено, що оптимальним є інтеграційний підхід, який поєднує нормативно-правову та інституційно-правову складові з системою гарантій, оскільки лише їх узгодженість забезпечує реальний доступ пацієнта до якісної допомоги.

3. Досліджено нормативно-інституційну модель забезпечення права пацієнта на медичну допомогу в Україні як ієрархічну систему чотирьох рівнів: конституційного (статті 3, 28, 49 Конституції України, рішення КСУ у справі про безоплатну медичну допомогу), законодавчого (Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та ін.), підзаконного (накази МОЗ і

постанови КМУ, що регулюють стандартизацію, ліцензування, порядок надання різних видів медичної допомоги) та міжнародно-правового. Встановлено, що перехід до фінансової моделі «гроші йдуть за пацієнтом» через програму медичних гарантій є принциповою зміною парадигми фінансування, яка наблизила конституційну гарантію безоплатності до практичної реалізованості, хоча й виявила нові правові проблеми співвідношення ПМГ зі ст. 49 Конституції.

4. Систематизовано міжнародно-правові стандарти забезпечення прав пацієнтів, що формують багаторівневу нормативну архітектуру – від юридично обов'язкових документів (МПЕСКП, ЄКПЛ, Конвенція про права дитини, Конвенція про права осіб з інвалідністю, Європейська соціальна хартія та ін.) до рекомендаційних актів (Амстердамська та Лісабонська декларації, Гельсінська декларація, Європейська хартія прав пацієнтів та ін.). Встановлено, що нератифікація окремих конвенцій становить суттєву прогалину вітчизняного нормативного простору, а наявний розрив між ратифікованими стандартами та їх практичним виконанням є ключовою проблемою, що потребує системного вирішення на законодавчому рівні у контексті євроінтеграції України.

5. Інституційний рівень нормативно-інституційної моделі забезпечення права пацієнта на медичну допомогу охарактеризовано як функціонально пов'язану систему суб'єктів правогарантійної діяльності – від Верховної Ради України як суб'єкта формування нормативних засад реалізації цього права до закладів охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги пацієнтам. Особливу увагу приділено ролі Національної служби здоров'я України як інституції, що забезпечує наближення права пацієнта на медичну допомогу до реального здійснення через фінансово-контрактний механізм реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення, а також виявлено її принципову відмінність від омбудсменської моделі захисту прав. Обґрунтовано, що суттєвою інституційною прогалиною у забезпеченні права пацієнта на медичну допомогу залишається відсутність спеціального закону «Про права пацієнтів в Україні», а також спеціалізованого інституту – служби уповноважених з прав пацієнтів, створення яких має розглядатися як один із пріоритетних напрямів удосконалення механізму забезпечення цього права.

РОЗДІЛ 3

СТАНДАРТИ РОЗВИТКУ ПРАВА ПАЦІЄНТА НА ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПОРІВНЯЛЬНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

3.1 Європейська модель забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги

Європейська модель права пацієнта на отримання медичної допомоги є складною багаторівневою системою правових механізмів, що формувалася протягом другої половини ХХ – початку ХХІ століття під впливом цінностей людської гідності, солідарності та соціальної справедливості. Її особливість полягає у поєднанні різних рівнів правового регулювання, у межах яких взаємодіють наднаціональні, регіонально-координаційні та національні механізми забезпечення прав пацієнтів. У науковій літературі зазвичай виокремлюють три взаємопов'язані рівні цієї моделі: наднаціональний, регіонально-координаційний та національний [14].

Кожен із цих рівнів виконує власну функцію у забезпеченні прав пацієнта. Наднаціональний рівень формує базові стандарти захисту прав людини у сфері охорони здоров'я та загальні зобов'язання держав щодо їх дотримання. Регіонально-координаційний рівень забезпечує узгодженість національних систем охорони здоров'я, насамперед щодо доступу до медичних послуг, мобільності пацієнтів і взаємного визнання медичних стандартів. На національному рівні ці стандарти набувають конкретного нормативного змісту та реалізуються через організацію системи охорони здоров'я, фінансові механізми її функціонування і процедури захисту прав пацієнтів.

Як зазначають дослідники, європейська традиція медичного права формує своєрідний аксіологічний каркас, у межах якого право на медичну допомогу розглядається не лише як елемент соціальної політики держави, а як фундаментальне особисте немайнове право людини, що підлягає ефективному юридичному та судовому захисту [132].

У контексті цього зосередимо увагу на тих принципах, які лежать в основі багаторівневої структури європейського правового регулювання та визначають механізми гарантування права пацієнтів на медичну допомогу.

Першим і найбільш фундаментальним є принцип людської гідності, який визнається підґрунтям усіх прав пацієнта в європейській правовій традиції. Стаття 1 Хартії основних прав ЄС проголошує: «Людська гідність є непорушною. Вона має поважатися та захищатися» [246]. У сфері медичної допомоги це означає, що пацієнт розглядається як суб'єкт права, а не як об'єкт медичного втручання; його автономія, переконання та цінності мають поважатися.

Водночас забезпечення гідності пацієнта неможливе без створення таких організаційно-правових умов функціонування системи охорони здоров'я, які гарантують рівний доступ до медичної допомоги для всіх осіб. Саме тому в європейській правовій доктрині поряд із принципом людської гідності виокремлюється низка інших принципів, що визначають інституційні засади функціонування систем охорони здоров'я.

Одним із таких принципів є універсальність охоплення, за якою всі особи, що перебувають на території держави-члена ЄС, мають право на доступ до медичної допомоги незалежно від соціального статусу, доходу чи громадянства. Цей підхід відображено у Висновках Ради ЄС щодо спільних цінностей та принципів систем охорони здоров'я Європейського Союзу (2006 р.), де наголошено на універсальності, доступі до якісної допомоги, справедливості та солідарності [287].

С. Б. Булеца слушно заважує, що принцип універсальності охоплення в європейській моделі не означає абсолютної безоплатності всіх медичних послуг, а передбачає гарантований мінімум медичної допомоги, доступний для кожного, з можливістю отримання додаткових послуг на умовах співоплати або додаткового страхування [17].

Цей принцип втілюється через механізм обов'язкового медичного страхування, який у більшості європейських держав забезпечує майже повне

охоплення населення. Зокрема, у Німеччині ним охоплено близько 90 % населення, у Франції – 99,9 %, у Нідерландах – 100 % [216]. В. М. Пашков підкреслює, що саме універсальність є критерієм ефективності моделі фінансування охорони здоров'я, а для України запровадження обов'язкового медичного страхування є важливою передумовою наближення до європейських стандартів [150].

Водночас універсальний доступ до медичної допомоги потребує фінансового механізму, який гарантує стабільне наповнення системи та справедливий розподіл ресурсів. Тому ключове значення у європейських системах медичного страхування має принцип соціальної солідарності, характерний для страхових моделей Бісмарка, що функціонують у Німеччині, Франції, Нідерландах, Польщі та Словаччині. Його суть полягає в тому, що внески до фондів медичного страхування розраховуються пропорційно до доходу особи, а не відповідно до стану її здоров'я чи ризику захворювання. Отже, здорові солідарно фінансують лікування хворих, молоді – літніх, заможні – малозабезпечених. Німецька та французька моделі, як зазначає О. Губар, поєднують обов'язковість страхування, доступність для населення, суспільну солідарність і участь держави в оплаті лікування й ліків [43].

Принцип солідарності є визначальною характеристикою європейських систем охорони здоров'я, яка відрізняє їх від американської моделі, заснованої переважно на індивідуальній відповідальності та ринковій конкуренції. На нашу думку, він є не лише організаційно-фінансовим, а й глибоко етичним принципом, який відображає уявлення європейських суспільств про справедливість та взаємну відповідальність.

Поряд із фінансовими та інституційними засадами важливе значення мають принципи, спрямовані на забезпечення правового статусу пацієнта як автономного суб'єкта медичних правовідносин. Ключову роль відіграє принцип автономії пацієнта, який визнає право особи самостійно приймати рішення щодо свого здоров'я на основі повної та зрозумілої інформації. Він закріплений у Конвенції Ов'єдо (стаття 5) [81], Директиві 2011/24/ЄС [289] та національних

законх про права пацієнтів. Зокрема, німецький Patientenrechtegesetz 2013 року передбачає, що інформування має здійснюватися усно і зрозумілою для пацієнта мовою, а згода на втручання є ефективною лише після отримання повної інформації відповідно до §630e BGB [322]. І. Я. Сенюта пов'язує цей принцип із цивільно-правовою свободою волевиявлення та можливістю цивільно-правової відповідальності за його порушення [207].

Принцип автономії також включає право пацієнта відмовитися від лікування, навіть якщо таке лікування є медично необхідним, за винятком випадків, передбачених законом (наприклад, обов'язкове лікування інфекційних захворювань, що становлять загрозу для суспільства). Як зазначає О. О. Пунда, принцип автономії пацієнта є ознакою загального права на самовизначення, яке є складовою права на повагу до приватного життя, гарантованого статтею 8 ЄКПЛ [182].

Реальна можливість автономного вибору у сфері охорони здоров'я безпосередньо пов'язана з належним рівнем організації та якості медичної допомоги. Тому в європейській моделі важливе місце посідає принцип якості та безпеки, який покладає на державу обов'язок створювати систему стандартів, клінічних протоколів, акредитації закладів і ліцензування медичної діяльності для мінімізації ризиків для пацієнта. Цей принцип відображений у статті 4 Ов'єдської конвенції, яка вимагає здійснення медичного втручання відповідно до належних професійних стандартів [81]. Європейська хартія прав пацієнтів також закріплює окреме «право на безпеку» [53].

Поряд із вимогами щодо належної якості та безпеки медичної допомоги важливе місце в європейській моделі забезпечення права пацієнта на медичну допомогу посідають принципи, що визначають можливості особи реалізовувати своє право на медичну допомогу шляхом самостійного обрання способу її отримання. У цьому контексті ключове значення має принцип вільного вибору, який передбачає право пацієнта обирати лікаря, медичний заклад та страхову компанію.

У різних країнах цей принцип реалізується з різним ступенем гнучкості: від широкої свободи вибору у Франції та Німеччині до більш регульованого механізму «gatekeeper» (первинний лікар як «воротар» до спеціалізованої допомоги) у Нідерландах та Словаччині. Директива 2011/24/ЄС [289] поширила цей принцип на транскордонний вимір, надавши пацієнтам право звертатися за медичною допомогою в будь-якій державі-члені ЄС з подальшим відшкодуванням витрат.

Однак реалізація права на вибір медичних послуг повинна здійснюватися на засадах рівності та недопущення будь-яких форм необґрунтованого обмеження доступу до медичної допомоги. Саме тому важливою складовою європейської системи забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги виступає принцип недискримінації, який забороняє будь-яку відмову у наданні медичної допомоги за ознакою расової, етнічної, гендерної приналежності, віку, інвалідності, сексуальної орієнтації, релігійних переконань або соціально-економічного статусу. Цей принцип прямо закріплений у статті 21 Хартії основних прав ЄС [246] та конкретизований у Директиві Ради 2000/43/ЄС щодо рівного поводження незалежно від расового чи етнічного походження.

Забезпечення рівності доступу неможливе без відкритості системи охорони здоров'я та можливості суспільного й індивідуального контролю за діяльністю медичних установ. Тому важливим елементом є принцип прозорості та підзвітності, який передбачає відкритість інформації про якість медичних послуг, порядок їх надання, фінансові умови та процедури оскарження. Європейська хартія прав пацієнтів прямо пов'язує цей принцип із гарантією компенсації шкоди, зокрема у випадках надмірного очікування або лікарської помилки [53].

Саме поєднання цих принципів утворює характерну рису європейської моделі: її ефективність забезпечує не окремий принцип, а їх системна взаємодія. Порушення будь-якого з них призводить до деформації всієї моделі, адже формальна універсальність без належної якості створює ситуацію, коли пацієнт має доступ до допомоги, але вона може бути неефективною або небезпечною.

Отже, система принципів, сформована на наднаціональному рівні європейського правового простору, створює нормативно-ціннісну основу гарантування прав пацієнтів. Однак для повного розуміння механізмів їх забезпечення необхідно проаналізувати, як ці принципи імплементуються у правові системи конкретних держав і трансформуються в інституційні та процедурні гарантії. У цьому контексті доцільно звернутися до досвіду країн із розвиненою страховою моделлю охорони здоров'я.

Страхова модель реалізується з істотними відмінностями в різних європейських країнах, що дозволяє стверджувати про існування кількох її різновидів. Розглянемо особливості її функціонування та пов'язаних з нею гарантій прав пацієнта на прикладі п'яти європейських країн: Німеччини, Франції, Нідерландів, Польщі та Словаччини.

Німеччина є країною-засновницею страхової моделі охорони здоров'я, відомої як модель Бісмарка. Сучасна система регулюється Соціальним кодексом (Sozialgesetzbuch), зокрема Книгою V (SGB V), яка визначає засади обов'язкового медичного страхування (gesetzliche Krankenversicherung, GKV). Відповідно до SGB V, обов'язковому страхуванню підлягають працівники, чий дохід не перевищує встановлену межу, а також пенсіонери, студенти та безробітні. Особи з вищим доходом можуть обрати приватне медичне страхування (private Krankenversicherung, PKV). Саме ця дуалістична структура є характерною рисою німецької моделі: близько 90 % населення охоплені обов'язковим страхуванням, решта – приватним [216].

Принциповим нормативним актом, що систематизував гарантії прав пацієнтів у Німеччині, став Закон про покращення прав пацієнтів (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten – Patientenrechtegesetz), який набув чинності 26 лютого 2013 року [322]. Він створив «договір про лікування» (Behandlungsvertrag) – спеціальний договір, який за законом тепер регулює кожні відносини між особою, що надає медичне лікування, та пацієнтом. Новели закону були інкорпоровані до Цивільного кодексу Німеччини (Bürgerliches Gesetzbuch, BGB) як параграфи 630a–630h, що регулюють права та

обов'язки лікаря й пацієнта щодо інформування, інформованої згоди, ведення медичної документації та тягара доказування у справах про лікарські помилки [279].

Зокрема, §630c BGB зобов'язує лікаря інформувати пацієнта про діагноз, лікування, ризику та альтернативи «зрозумілою для пацієнта мовою», а також до початку лікування повідомляти про витрати, які не покриваються фондами медичного страхування; такі витрати мають бути письмово погоджені [279]. §630d BGB вимагає згоди пацієнта на кожну процедуру, а за недієздатності пацієнта – згоди уповноваженої особи. §630f BGB встановлює обов'язок вести медичну документацію у безпосередньому зв'язку з лікуванням, повністю та у захищеному від фальсифікації вигляді; пацієнт має право доступу до своїх медичних записів, а після смерті це право за певних умов переходить до спадкоємців і родичів [279].

Інституційною особливістю німецької моделі є наявність Уповноваженого Федерального уряду з питань пацієнтів (Patientenbeauftragte/r der Bundesregierung), який представляє інтереси пацієнтів у законодавчому процесі та у відносинах із суб'єктами системи охорони здоров'я. Також функціонує Спільний федеральний комітет (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA), що визначає обсяг послуг, які покриваються обов'язковим медичним страхуванням. Отже, каталог гарантованих послуг формується не лише державою, а й за участю лікарської спільноти, лікарняних установ та страхових фондів.

Пацієнт у Німеччині має законодавчо закріплене право на вільний вибір лікарняної каси та лікаря. Якщо лікарняна каса відмовляє в оплаті інноваційного лікування, пацієнт має право оскаржити це рішення у спеціалізованих соціальних судах (Sozialgerichte), практика яких є надзвичайно розвиненою і часто стає на бік пацієнта у випадках життєво необхідної терапії.

Водночас вагомим досягненням Patientenrechtegesetz є зміна тягара доказування на користь пацієнта: відповідно до §630h BGB, у разі «грубої лікарської помилки» (grober Behandlungsfehler) саме на лікаря покладається обов'язок довести, що помилка не стала причиною шкоди пацієнтові [279]. Ця

норма суттєво посилює процесуальне становище пацієнта у судових спорах, адже за загальним правилом доказування у цивільному процесі позивач (пацієнт) повинен довести факт порушення, шкоду та причинний зв'язок.

Н. І. Савицька та О. М. Мочульська зазначають, що посилення правових механізмів у медицині потребує формування у лікарів належної правової компетентності [198]. Німецький досвід це підтверджує: дослідження у журналі «Health Policy» (Pitz et al., 2018) показало, що частина лікарів недостатньо обізнана з положеннями *Patientenrechtegesetz*, що створює ризик порушення прав пацієнтів навіть за наявності розвиненого законодавства [338]. Отже, нормативне забезпечення має доповнюватися правовою освітою медичних працівників та інституційним контролем.

На відміну від децентралізованої німецької системи, французька модель медичного страхування характеризується централізованою формою управління, яка була суттєво реформована на початку 2000-х років. Система обов'язкового медичного страхування (*Assurance maladie*) охоплює приблизно 99,9 % населення і регулюється Кодексом соціального забезпечення (*Code de la sécurité sociale*) та Кодексом громадського здоров'я (*Code de la santé publique*) [285]. Фінансування здійснюється переважно через обов'язкові внески працівників і роботодавців до страхових фондів, а також через загальний соціальний внесок (*contribution sociale généralisée, CSG*), що стягується з усіх видів доходу.

Ключовим нормативним актом, що визначив сучасну систему гарантії права пацієнта на отримання медичної допомоги у Франції, став Закон від 4 березня 2002 року «Про права хворих та якість системи охорони здоров'я» (*Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*), відомий як Закон Кушнера (*Loi Kouchner*) [312]. Цей закон кодифікував та систематизував права пацієнтів, що раніше були розпорошені по різних нормативних актах і судовій практиці. Закон Кушнера закріпив: право на інформацію про стан здоров'я (стаття L1111-2 *Code de la santé publique* [285]); право на інформовану згоду та відмову від лікування (стаття L1111-4 [285]); право на доступ до медичної документації (стаття L1111-7 [285]); право на

відшкодування шкоди, заподіяної медичним втручанням, у тому числі за відсутності вини лікаря (механізм *solidarité nationale* через Національний офіс відшкодування медичних нещасних випадків – ONIAM). Останній механізм є унікальною рисою французької моделі: пацієнт, який постраждав внаслідок «медичного нещасного випадку» (*aléa thérapeutique*), має право на компенсацію з державного фонду навіть за відсутності вини медичного працівника, якщо шкода перевищує певний поріг тяжкості.

Як зазначають дослідники, на відміну від німецької моделі, французька модель медичного страхування має централізовану форму управління. Діє система загального страхування на випадок хвороби, якою охоплено близько 80 % населення [43]. Слід уточнити, що з 2000 року, після запровадження *Couverture maladie universelle* (CMU), а з 2016 року – *Protection universelle maladie* (PUMA), охоплення стало фактично універсальним – кожна особа, яка легально перебуває у Франції, має право на базове медичне страхування. Водночас базове страхування покриває лише частину витрат (у середньому 70 % для амбулаторних послуг і 80 % для стаціонарних), тому більшість французів (понад 95 %) додатково оформлюють комплементарне медичне страхування (*assurance complémentaire santé* або *mutuelle*), а для найменш забезпечених громадян таке комплементарне страхування надається державою безоплатно через механізм *Complémentaire santé solidaire* (C2S) [270].

Тобто французька страхова модель (*L'Assurance Maladie*) побудована на принципі загального охоплення, що з 2016 року нормативно закріплено у формі Універсальної системи захисту здоров'я (*Protection Universelle Maladie* – PUMA), яка міститься у Кодексі соціального забезпечення (*Code de la sécurité sociale*). Французька модель гарантує право на медичну допомогу через механізм реімбурсації: пацієнт часто самостійно оплачує послугу, після чого страхова каса відшкодовує йому визначений відсоток. Різниця, яку пацієнт має сплатити з власної кишені (*ticket modérateur*), зазвичай покривається добровільним медичним страхуванням (*mutuelles*). Унікальною гарантією права пацієнта на медичну допомогу у Франції є Національне управління з питань охорони

здоров'я (Haute Autorité de Santé – HAS), яке розробляє суворі клінічні настанови та проводить обов'язкову сертифікацію лікарень.

Така модель демонструє, що право на вільний вибір лікаря та медичного закладу (*libre choix*) є одним із фундаментальних принципів французького медичного права. Водночас з 2004 року запроваджено механізм «координуючого лікаря» (*médecin traitant*): пацієнт, який звертається до спеціаліста без направлення від свого координуючого лікаря, отримує нижчий рівень відшкодування [309]. Цей механізм є прикладом балансування між принципом вільного вибору та необхідністю раціонального використання ресурсів – проблема, яка є актуальною і для України в контексті функціонування системи електронних направлень.

Відзначимо, що французький досвід може бути корисним для України у двох аспектах. По-перше, механізм безвинної відповідальності за медичні нещасні випадки (через ONIAM) демонструє, що гарантія права пацієнта не обмежується правом на якісне лікування – вона включає також право на компенсацію навіть тоді, коли шкода є непередбачуваним наслідком належного медичного втручання. По-друге, французький досвід поступового розширення страхового покриття – від обов'язкового страхування працівників до універсального покриття всього населення – може бути моделлю для поетапного впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні.

Водночас у межах європейської моделі охорони здоров'я існують і інші підходи до організації страхових механізмів забезпечення права на медичну допомогу, які поєднують соціальні гарантії з ринковими елементами управління системою. Одним із найбільш показових прикладів такої моделі виступає система охорони здоров'я Нідерландів.

Нідерланди представляють особливий варіант страхової моделі, який поєднує обов'язковість медичного страхування з принципом керованої конкуренції між приватними страховими компаніями. Реформа 2006 року, втілена у Законі про медичне страхування (*Zorgverzekeringswet, Zvw*), ліквідувала колишній дуалізм соціального та приватного медичного страхування

і запровадила єдину систему, в якій «кожен громадянин повинен придбати базовий поліс медичного страхування у приватної страхової компанії» [113, с. 49]. Страхові компанії зобов'язані прийняти кожного заявника незалежно від його стану здоров'я (принцип open enrolment), а базовий пакет послуг визначається державою.

Щоб уникнути ризику відмови страховиків від «дорогих» хворих, держава створила Фонд вирівнювання ризиків (Risk Equalization Fund). Пацієнт у Нідерландах має гарантоване право щорічно змінювати страховика, що змушує компанії конкурувати за якість сервісу.

Щодо гарантій права пацієнта, Нідерланди є однією з перших європейських країн, що прийняла спеціальний закон у цій сфері – Закон про договір медичного лікування (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, WGBO) [340], інтегрований до Цивільного кодексу Нідерландів [280]. WGBO кодифікував права пацієнта на інформацію, інформовану згоду, приватність і доступ до медичної документації. Подальші зміни, зокрема Закон від 9 грудня 2014 року про довгострокову допомогу (Wet langdurige zorg, Wlz), розширили права пацієнтів на участь у прийнятті рішень та спільне вироблення рішень (shared decision-making).

Особливістю нідерландської моделі є розвинений інституційний механізм забезпечення прав пацієнтів. Інспекція охорони здоров'я та молоді (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, IGJ) здійснює нагляд за якістю і безпекою медичної допомоги, може проводити інспекції без попередження та накладати санкції. Крім того, Закон про якість, скарги та спори в охороні здоров'я (Wkkgz) зобов'язав кожен медичний заклад мати уповноваженого зі скарг і забезпечити пацієнтам доступ до незалежної комісії з вирішення спорів [339].

Важливим аспектом нідерландської моделі є акцент на правах пацієнта у сфері психіатричної допомоги. Закон про обов'язкову психіатричну допомогу (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg – Wvggz) 2020 р. замінив Закон про психіатричних пацієнтів, які примусово утримуються (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen – BOPZ) 1994 р. і значно розширив

процесуальні гарантії для пацієнтів із психічними розладами, включаючи обов'язкове судове санкціонування примусового лікування та право пацієнта на юридичну допомогу. Як зазначає В. В. Налуцишин, нідерландський досвід правового регулювання примусової психіатричної допомоги є прикладом того, як принцип автономії пацієнта може бути збережений навіть в умовах обмеження його свободи, завдяки належним процесуальним гарантіям [134].

На нашу думку, нідерландська модель становить особливий приклад, оскільки вона демонструє можливість ефективного поєднання приватної ініціативи та соціальної відповідальності в організації системи охорони здоров'я. Водночас слід визнати, що ця модель є надзвичайно складною в управлінні та вимагає розвинених інституційних механізмів регулювання, що обмежує можливість її прямого перенесення в країни з менш розвинутою інституційною інфраструктурою.

Польща та Словаччина представляють значний інтерес, оскільки, подібно до України, ці країни здійснили перехід від радянської моделі державного фінансування охорони здоров'я (модель Семашка) до страхової моделі в умовах ринкової трансформації. Досвід цих країн демонструє як досягнення, так і ризики, пов'язані з реформуванням системи гарантії права пацієнта на отримання медичної допомоги.

Так, Конституція Республіки Польща 1997 р. у статті 68 гарантує кожному громадянину, незалежно від його матеріального становища, рівний доступ до медичної допомоги, фінансованої з публічних коштів, та зобов'язує публічну владу забезпечувати особливу охорону здоров'я дітей, вагітних жінок, осіб з інвалідністю та осіб похилого віку [305]. Конституційний Трибунал Польщі у своєму рішенні від 7 січня 2004 р. (К 14/03) підкреслив, що «конституційна гарантія рівного доступу до медичної допомоги не може залишатися декларативною нормою і вимагає від законодавця створення ефективних правових та інституційних механізмів її реалізації» [342].

Система обов'язкового медичного страхування в Польщі регулюється Законом від 27 серпня 2004 р. про медичні послуги, фінансовані з публічних

коштів (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), який визначає перелік гарантованих медичних послуг, умови та порядок їх надання, а також фінансування з Національного фонду здоров'я (Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ). NFZ є єдиним страховиком у системі обов'язкового медичного страхування (на відміну від Німеччини та Нідерландів, де діють множинні страховики), що укладає контракти з постачальниками медичних послуг та забезпечує фінансування наданих послуг.

Ключовим нормативним актом щодо прав пацієнтів у Польщі є Закон від 6 листопада 2008 р. про права пацієнтів (Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), який кодифікував права пацієнтів, що раніше були розпорошені по різних нормативних актах [335]. Цей Закон закріплює наступні права: право на медичні послуги відповідно до вимог сучасного медичного знання (art. 6); право на інформацію про стан здоров'я (art. 9); право на таємницю інформації, пов'язаної з пацієнтом (art. 13); право на згоду на медичні послуги (art. 16); право на повагу до інтимності та гідності (art. 20); право на доступ до медичної документації (art. 23); право на подання скарги (art. 29); право на відшкодування шкоди (art. 67a та ін.). Особливу увагу привертає інститут Уповноваженого з прав пацієнтів (Rzecznik Praw Pacjenta) [326], який є центральним органом державної адміністрації, призначеним Прем'єр-міністром за поданням Міністра охорони здоров'я.

Уповноважений має широкі повноваження, включаючи: прийом та розгляд скарг пацієнтів; проведення розслідувань за фактами порушення прав пацієнтів; участь у судових процесах на стороні пацієнтів; звернення до Конституційного Трибуналу з питань конституційності законів, що стосуються прав пацієнтів; підготовку щорічних доповідей про стан дотримання прав пацієнтів у Польщі [326].

Польський досвід створення інституту Уповноваженого з прав пацієнтів є одним з найбільш вдалих прикладів інституціоналізації захисту прав пацієнтів у посткомуністичних країнах та може слугувати моделлю для України.

Ефективність Уповноваженого з прав пацієнтів у Польщі підтверджується статистичними даними: у 2022 р. Уповноважений розглянув понад 100 000 звернень пацієнтів та провів численні розслідування за фактами порушення їхніх прав [329].

Важливою складовою польської моделі є система позасудового відшкодування шкоди, заподіяної медичною допомогою. Зміни до Закону про права пацієнтів 2011 р. передбачили створення при воєводських комісіях з питань медичних подій механізму позасудового розгляду справ про медичні помилки [341]. Пацієнт або його представник може подати заяву до комісії, яка протягом визначеного строку встановлює, чи мала місце медична подія, та визначає розмір компенсації. Попри критику щодо обмеженого кола справ і невисоких компенсацій, цей механізм підтверджує значення альтернативного вирішення спорів у медичній сфері.

Водночас, слід визнати, що польська система охорони здоров'я стикається з серйозними проблемами, включаючи довгі черги на отримання спеціалізованої медичної допомоги, нестачу медичних кадрів (значна частина яких емігрувала до інших країн ЄС) та недостатнє фінансування системи охорони здоров'я. За даними OECD, загальні витрати на охорону здоров'я в Польщі у 2022 р. становили 6,5% ВВП, що значно нижче середнього показника по ЄС (близько 10%) [330]. Ці проблеми суттєво обмежують дієвість формально закріплених прав пацієнтів і свідчать про те, що їх реалізація неможлива без належного фінансового та ресурсного забезпечення.

Словаччина, яка набула незалежності в 1993 р. та приєдналася до ЄС у 2004 р., пройшла складний шлях трансформації системи охорони здоров'я від централізованої соціалістичної моделі до системи обов'язкового медичного страхування. Правовою основою системи охорони здоров'я Словаччини є Закон № 580/2004 Z.z. про медичне страхування (Zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení), Закон № 576/2004 Z.z. про медичну допомогу (Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti) та Закон № 577/2004 Z.z. про обсяг медичної допомоги, що покривається з публічного медичного страхування (Zákon č. 577/2004 Z.z. o

rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia).

Словацька система медичного страхування характеризується наявністю кількох страхових компаній: державної Všeobecná zdravotná poisťovňa та приватних Dôvera і Union zdravotná poisťovňa. Кожен резидент зобов'язаний бути застрахованим і має право щорічно змінювати страховика. Страхові внески становлять 14 % від заробітної плати: 4 % сплачує працівник, 10 % – роботодавець [211]. Закон № 576/2004 Z.z. закріплює основні права пацієнтів, зокрема право на належну медичну допомогу, інформовану згоду, відмову від лікування, конфіденційність, доступ до документації та вибір лікаря чи закладу [343].

Інституційний механізм захисту прав пацієнтів у Словаччині включає Управління з нагляду за охороною здоров'я (Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou – ÚDZS), яке здійснює моніторинг якості медичної допомоги та розглядає скарги пацієнтів. Крім того, існують організації громадянського суспільства, що представляють інтереси пацієнтів, однак їхній вплив на формування політики у сфері охорони здоров'я є обмеженим порівняно із країнами Західної Європи.

Як зазначає Ю. Матвієнко, словацький досвід демонструє, що формальне запровадження страхової моделі та закріплення прав пацієнтів у законодавстві не є достатнім для їх ефективної реалізації без розвиненої інституційної інфраструктури, належного фінансування та активної участі громадянського суспільства [114].

Серйозною проблемою словацької системи охорони здоров'я, яка безпосередньо впливає на гарантію права пацієнта на отримання медичної допомоги, є нестача медичних кадрів, спричинена масовою еміграцією лікарів та медичних сестер до інших країн ЄС (передусім до Чехії, Німеччини та Австрії). За даними OECD, Словаччина має один із найнижчих показників кількості лікарів на душу населення серед країн ЄС (3,7 лікаря на 1000 населення проти середнього по ЄС – 3,9) [328]. Ця проблема є актуальною і для України, де відтік

медичних кадрів за кордон становить серйозну загрозу для забезпечення права на медичну допомогу.

Реформа 2004–2005 рр., проведена урядом Мікулаша Дзурінди, передбачала запровадження часткової приватизації системи охорони здоров'я та посилення ринкових механізмів. Однак ця реформа зустріла значний опір з боку суспільства і була частково переглянута наступними урядами. Зокрема, Конституційний суд Словаччини у рішенні PL. ÚS 3/09 від 26 січня 2011 р. визнав неконституційними окремі положення закону, що дозволяли страховим компаніям розподіляти прибуток між акціонерами, зазначивши, що «система обов'язкового медичного страхування ґрунтується на принципі солідарності, який є несумісним з максимізацією прибутку приватних страхових компаній» [316]. Цей досвід демонструє складність балансування між ринковими механізмами та соціальними цінностями в організації системи охорони здоров'я.

Загалом досвід держав Центральної та Східної Європи, що приєдналися до ЄС після трансформації постсоціалістичних систем, свідчить про розрив між формальним закріпленням правових стандартів і практикою їх реалізації. У Польщі, попри розвинене законодавство та інститут Уповноваженого з прав пацієнта, тривалі черги на планове лікування залишаються проблемою доступності. У Словаччині обмежена кількість страхових компаній і залежність системи від державного фінансування стримують повноцінну конкуренцію. Це підтверджує, що нормативне наближення до європейських стандартів саме по собі не гарантує ефективної реалізації права пацієнта без інституційної спроможності системи охорони здоров'я.

Водночас навіть у державах із усталеною страховою моделлю охорони здоров'я європейська система стикається з низкою структурних ризиків. Передусім йдеться про ресурсні обмеження, зумовлені демографічним старінням населення та стрімким розвитком високовартісних інноваційних методів лікування, зокрема генної терапії та орфанних препаратів. Такі тенденції спричиняють зростання навантаження на бюджети страхових фондів і змушують держави переглядати обсяг гарантованих пакетів медичних послуг,

запроваджувати механізми співоплати або підвищувати податкове навантаження на економічно активне населення. Поряд із цим проявляються й інституційні ризики, пов'язані з надмірною бюрократизацією систем управління, а також із можливим зловживанням монопольним чи олігопольним становищем страхових фондів. У прагненні оптимізувати витрати такі інституції інколи здійснюють фінансовий тиск на медичних працівників, що може обмежувати їх клінічну автономію та, відповідно, впливати на реалізацію права пацієнта на індивідуалізоване лікування.

Окремо слід вказати і на корупційні ризики. Європейський досвід свідчить, що система страхової медицини акумулює значні фінансові ресурси, що об'єктивно підвищує вразливість цієї сфери до інституційної корупції. Передусім такі ризики виникають у процесі закупівель лікарських засобів та медичного обладнання, де можливі змови між фармацевтичними компаніями та медичними установами. У країнах ЄС запобігання таким практикам забезпечується через координацію діяльності антимонопольних органів, міністерств охорони здоров'я та спеціалізованих антикорупційних інституцій. Зокрема, у Польщі Центральне антикорупційне бюро активно взаємодіє з Національним фондом охорони здоров'я з метою виявлення фіктивних медичних послуг, за які медичні заклади незаконно отримували страхові відшкодування.

Іншим поширеним ризиком є конфлікт інтересів під час призначення лікарських препаратів, коли лікар може отримувати приховану винагороду від фармацевтичних компаній. У європейських країнах для запобігання таким практикам застосовуються механізми фінансової прозорості, зокрема створення відкритих реєстрів, у яких декларуються всі фінансові взаємозв'язки між медичними працівниками та фармацевтичною індустрією. У Франції, наприклад, діє так званий закон «Loi anti-cadeaux», який зобов'язує розкривати інформацію про будь-які матеріальні вигоди, отримані медичними працівниками від представників індустрії. Водночас антикорупційні органи мають доступ до електронних реєстрів і систем електронних рецептів, що дозволяє за допомогою

аналітичних інструментів виявляти аномальні моделі призначення лікарських засобів.

Не менш складною проблемою залишаються неформальні платежі, історично притаманні багатьом постсоціалістичним системам охорони здоров'я. Досвід Словаччини демонструє важливість системного моніторингу скарг пацієнтів і випадків порушення їхніх прав. Водночас ключовим превентивним механізмом визнається не лише каральна політика, а й економічно збалансоване фінансування медицини, що включає легальну співоплату та належну оплату праці медичних працівників. Як слушно зауважує В. О. Белоусов, ефективна координація антикорупційних суб'єктів має бути спрямована передусім на усунення нормативних колізій і непрозорих механізмів тарифоутворення, які стимулюють корупційні практики на інституційному рівні [10].

Таким чином, європейська модель гарантії права пацієнта на отримання медичної допомоги, досліджена на прикладі систем Німеччини, Франції, Нідерландів, Польщі та Словаччини, доводить, що проголошення права на охорону здоров'я є лише першим етапом його забезпечення. Реальна гарантія формується на перетині трьох площин: 1) нормативної (кодифікація прав пацієнта та механізмів їх реалізації у цивільному або спеціальному законодавстві); 2) інституційно-фінансової (створення страхових фондів з персоніфікованою оплатою послуг та спеціалізованих наглядових органів, інститутів омбудсмена, позасудових комісій); 3) антикорупційної (розбудова прозорих електронних систем та жорстка міжвідомча координація суб'єктів запобігання економічним злочинам у медицині). Для України, яка перебуває на шляху євроінтеграційної модернізації національного законодавства, імплементація цих порівняльно-правових орієнтирів вимагає системного відходу від декларативності. Першочерговим завданням є не просто адаптація європейських норм, а створення дієвих, фінансово забезпечених інституцій (на зразок словацького ÚDZS чи польського Речника прав пацієнта), які зможуть трансформувати медичну допомогу з державної пільги на захищене, юридично гарантоване суб'єктивне право людини, забезпечуючи при цьому жорсткий

комплаєнс-контроль за цільовим використанням обмежених ресурсів охорони здоров'я.

Тому європейська модель гарантії права пацієнта на отримання медичної допомоги є еталоном, який базується на міцному нормативному фундаменті та ефективних інституціях. Її головна перевага полягає не просто в декларуванні прав людини на охорону здоров'я, а у створенні чітких фінансових та організаційних механізмів (соціальне страхування, незалежний нагляд, інститути омбудсмена, спеціалізовані суди), які ці права забезпечують. Адаптація цього досвіду в Україні потребує не фрагментарного запозичення окремих норм, а системної розбудови керованого конкурентного середовища надавачів послуг, посилення цивільно-правової відповідальності за лікарські помилки та створення ефективної системи координації протидії корупції в медичній сфері як запоруки цільового використання ресурсів в інтересах пацієнта.

3.2 Структура механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги в країнах ЄС

Дослідження структури механізму забезпечення прав пацієнта в країнах Європейського Союзу потребує глибинного теоретико-методологічного відходу від вузького, суто адміністративно-регулятивного розуміння охорони здоров'я, яке тривалий час домінувало в юридичній науці. Для фундаментального права пацієнта на медичну допомогу визначальним є не сам факт позитивного закріплення норм у текстах законів, конституцій чи міжнародних пактів, а здатність цих норм перетворюватися на реальний, безперешкодний доступ до лікування, інформації, безпеки, відшкодування завданої шкоди, захисту персональних медичних даних, процедурного оскарження та судового чи позасудового поновлення порушеного права. З точки зору загальної теорії держави і права, категорія «механізм забезпечення» є значно ширшою,

багатограннішою та більш точною, ніж традиційна правова категорія «механізм правового регулювання» [123].

Як зазначається в українській теоретико-правовій доктрині, механізм реалізації та забезпечення прав людини становить комплексну систему правових засобів, які впливають на суспільні відносини з метою їх впорядкування, і включає не лише статичні норми, але й гарантії, умови, фактори фактичного втілення та інституційні елементи [256]. Л. В. Ярмол слушно наголошує, що юридичний механізм забезпечення прав людини охоплює сукупність юридичних засобів (гарантій), спрямованих на реалізацію, охорону та захист прав, де ключову роль відіграє здатність правопорядку створити дієві об'єктивні та суб'єктивні умови для їх фактичного здійснення [274]. Правове забезпечення прав людини не може бути миттєвим чи одноактним; воно проходить стадії визнання, інституціоналізації та безпосередньої охорони [140].

Механізм забезпечення прав пацієнта, таким чином, виступає як міжгалузевий інститут системи права, що інтегрує норми конституційного, адміністративного, цивільного, інформаційного та європейського права.

У праві ЄС та пов'язаному з ним європейському правопорядку такий механізм формується на перетині статті 35 Хартії основоположних прав ЄС [284], яка гарантує доступ до профілактичної допомоги та медичного лікування, статті 168 Договору про функціонування ЄС (ДФЄС) [286], що вимагає високого рівня захисту здоров'я в усіх без винятку політиках Союзу, а також ширшого європейського соціального та біоетичного стандарту. Уже на цьому фундаментальному рівні стає очевидним, що право пацієнта в Європейському Союзі мислиться не як ізольоване та фрагментарне домагання особи до конкретного лікаря чи медичного закладу, а як багаторівнева, інституційно складна система гарантій людської гідності, фізичної та психічної недоторканності, автономії волі й недискримінаційного доступу до лікувального процесу.

Відтак, структуру механізму забезпечення прав пацієнта в країнах ЄС доцільно вибудовувати не від абстрактних елементів правового регулювання, а

від блоків, у яких суб'єктивне право набуває здатності бути здійсненим, захищеним і відновленим. Порівняльно-правовий аналіз дозволяє виокремити такі взаємозалежні блоки: аксіологічно-засадничий, нормативний, інституційний, процедурний, матеріально-фінансовий, інформаційно-цифровий, контрольний і юрисдикційний, кризовий та спеціальний, а також антикорупційний, без якого сучасне розуміння забезпечення права на медичну допомогу було б неповним.

Таке структурування, вважаємо, краще відповідає сучасній логіці європейського права, ніж традиційне перерахування «норми – правовідносини – акти реалізації», оскільки дозволяє показати, яким чином право пацієнта переходить із рівня декларації в рівень доступної, безпечної й контрольованої медичної допомоги.

У сучасній європейській науковій літературі багатовимірність механізму забезпечення прав пацієнта викликає гострі доктринальні дискусії, центрованою віссю яких є природа втручання наднаціональних інституцій ЄС у сферу, що традиційно належала до виключної, суверенної компетенції національних держав. Класична позиція, яку фундаментально обстоювали британські дослідники Т. Херві (T. Hervey) та Дж. Макхейл (J. McNale), полягає в тому, що медичне право в межах Європейського Союзу остаточно втратило статус суто внутрішньої, національної справи [302]. Дослідники підкреслюють, що вплив ЄС на структуру забезпечення прав пацієнта зростає переважно «опосередковано» – через норми внутрішнього ринку, конкурентне право, імперативи вільного руху товарів, послуг та осіб [302].

Цей феномен експансії європейських інституцій у сферу охорони здоров'я А. де Руйтер (A. de Ruijter) охарактеризувала як «тиху революцію» (silent revolution) або «розширення повноважень шляхом непомітних кроків» [288]. Попри обмежені формальні повноваження ЄС у сфері здоров'я людини і заборону гармонізації законів держав-членів щодо організації та фінансування систем охорони здоров'я за ст. 168 ДФЄС [286], його нормотворча спроможність де-факто істотно зросла [288]. Вона реалізується через «м'яке право», технічні

стандарти безпеки медичних виробів і фармацевтичної продукції, а також через політичні дискурси, що створюють базу для подальшої інтеграції [288].

Водночас у європейській юридичній доктрині розгортається дискусія навколо концепту «конституційної асиметрії» (constitutional asymmetry), запропонованого Ф. Шарпфом (F. Scharpf) [327] та адаптованого до медичного права А. де Рюйтер [288]. Її суть полягає в тому, що політики внутрішнього ринку мають міцну конституційну основу, тоді як політики соціального захисту й справедливості залишаються юридично слабшими та переважно національними [327]. Унаслідок цього солідарність, універсальний доступ до лікування, соціальна рівність і людська гідність змушені конкурувати з принципами вільної торгівлі, ринкової конкуренції та фіскальної економії [301]. Держави-члени водночас дотримуються правил внутрішнього ринку ЄС і несуть політичну та фінансову відповідальність за соціальні права своїх громадян у сфері охорони здоров'я [301].

Ця складна теоретична конструкція безпосередньо екстраполюється на структуру механізму забезпечення права пацієнта, формуючи гостру доктринальну дискусію між двома ключовими концептами: «ринковим громадянством» та «соціальним громадянством».

Утім, критики цього підходу, зокрема Ньюдік К. (C. Newdick), аргументовано застерігають, що парадигма «ринкового громадянства» є структурно неповноцінною. Вона прив'язує здатність реалізувати право на лікування до соціально-економічного статусу, мобільності та можливості сплачувати аванси за лікування за кордоном [317]. У такій моделі вразливі верстви населення залишаються за межами механізму забезпечення прав. Натомість парадигма «соціального громадянства» вимагає субстантивної рівності, де фінансування та доступність медичної допомоги забезпечуються незалежно від фінансової спроможності чи економічної корисності індивіда.

Зіставляючи ці наукові позиції, необхідно констатувати, що стратегічна перспектива розвитку механізму забезпечення прав пацієнта в країнах ЄС лежить у площині посилення інститутів соціального громадянства. Механізм,

побудований лише на свободі пересування споживача медичних послуг, є елітарним і не здатним гарантувати право на найвищий досяжний рівень здоров'я для всього населення ЄС. Отже, сучасна еволюція цього механізму має бути спрямована на подолання конституційної асиметрії, розширення наднаціональних соціальних гарантій і створення інструментів, що компенсують ринкові недоліки.

Першим базовим елементом структури механізму є аксіологічно-засадничий блок, який виконує функцію ціннісного ядра. Саме він задає смислові та телеологічні орієнтири для подальших інституційних і процедурних гарантій. Стаття 35 Хартії ЄС закріплює не право на здоров'я у максимально широкому філософському сенсі, а право доступу до профілактичної допомоги й медичного лікування на умовах, встановлених національними законами та практикою [284]. Це означає, що право пацієнта в ЄС є одночасно наднаціонально гарантованим і національно конкретизованим. Його зміст не вичерпується фізичним лікуванням, а охоплює приватне життя, тілесну автономію, інформованість і повагу до особистих рішень. Саме тому важливу роль відіграє стаття 8 ЄКПЛ [51], через яку ЄСПЛ виводить вимоги інформованої згоди, доступу до правдивої медичної інформації, поваги до сімейних рішень у лікуванні дитини та захисту від свавільного медичного втручання.

У справі «Glass v. the United Kingdom» (2004) [300] ЄСПЛ прямо визнав порушення статті 8 ЄКПЛ у зв'язку з лікуванням дитини всупереч позиції матері, тим самим підтвердивши, що автономія близьких у питаннях медичного втручання є складовою права на повагу до приватного та сімейного життя. У справі «Mayboroda v. Ukraine» (2009) Суд констатував порушення зазначеної статті через неналежний захист права пацієнтки на інформовану згоду щодо видалення нирки, продемонструвавши, що процедура інформування має бути змістовною, а не формальною [315]. Цей аксіологічний блок охоплює сукупність цінностей, які становлять «несучу конструкцію» всього механізму: людську гідність, автономію волі, рівність, безпеку пацієнта, пропорційність втручання та орієнтацію на високий рівень захисту здоров'я.

Принциповим є те, що для країн ЄС механізм забезпечення прав пацієнта не може будуватися лише навколо організації фінансування чи адміністрування лікарень; його першоосновою залишається повага до гідності та самовизначення особи в лікувальному процесі – і саме ця аксіологічна настанова відрізняє європейську модель від систем, у яких пацієнт мислиться переважно як об'єкт медичного впливу.

Нормативний блок є другим структурним елементом механізму забезпечення і має складну, але цілком логічну будову, що відображає специфіку розподілу компетенцій у праві ЄС. На рівні первинного права вирішальне значення мають стаття 35 Хартії [284] та стаття 168 ДФЄС [286], які, по-перше, встановлюють високий рівень охорони здоров'я як міжсекторальний обов'язок Союзу, а по-друге, підкреслюють, що дії ЄС мають доповнювати, а не поглинати національні системи.

Фундаментальність первинного права полягає у тому, що воно визначає межі допустимого, але для повноцінного функціонування механізму потребує деталізації через вторинне законодавство – директиви та регламенти, які перетворюють абстрактні принципи на конкретні інструменти. На рівні вторинного права центральне місце посідає Директива 2011/24/ЄС про застосування прав пацієнтів [289] у транскордонній охороні здоров'я, значення якої полягає не тільки в регулюванні поїздки за лікуванням до іншої держави-члена, а й у кодифікації самої ідеї пацієнта як носія суб'єктивного права на інформацію, безпеку, відшкодування та доступ до процедур захисту. Утім, нормативний елемент механізму забезпечення прав пацієнта не є статичним – він має яскраво виражений гнучкий характер, залишаючи державам-членам простір для імплементації стандартів з огляду на особливості національних систем охорони здоров'я. Це пов'язано, зокрема, з тим, що конституції багатьох країн ЄС не містять прямих норм про право на здоров'я, що, однак, не послаблює реального рівня забезпечення цього права через національні системи соціального страхування чи бюджетного фінансування.

Окремі елементи нормативного блоку розподілені між цілою низкою інших актів ЄС, кожен з яких відповідає за специфічний аспект забезпечення права пацієнта. Загальний регламент захисту даних (Regulation (EU) 2016/679, далі – GDPR) [325], встановив суворі стандарти захисту персональних даних у всіх секторах, включаючи охорону здоров'я, класифікувавши дані про стан здоров'я як «особливу категорію персональних даних», що вимагає посиленого захисту порівняно з іншими видами персональної інформації. GDPR надає пацієнтам право на доступ до своїх медичних даних, право на їх виправлення та видалення («право бути забутим»), право на портативність даних – тобто можливість отримати свої дані у структурованому, загальноживаному форматі для передачі іншому постачальнику медичних послуг, а також право на обмеження обробки даних, що в сукупності створює потужний інструментарій захисту пацієнта у цифровому середовищі [325].

Регламент (EU) 2017/745 про медичні вироби формує стандарти безпеки продукції, від якої залежить здоров'я пацієнта, тоді як Регламент (EU) 2021/2282 про оцінку медичних технологій спрямований на покращення доказової бази для рішень щодо доступу до нових технологій. Регламент (EU) 2022/123 посилив роль ЕМА у кризовій готовності та управлінні дефіцитом ліків і медичних виробів, а Регламент (EU) 2025/327 про Європейський простір медичних даних (EHDS) уже спрямований на поліпшення доступу осіб до електронних медичних даних і контролю над ними. У сукупності ці акти свідчать, що нормативний блок охоплює цифрові сервіси, медичні вироби, кризове планування й обіг даних.

У контексті нормативного блоку особливого значення набувають юридичні факти, які переводять статичну норму в динамічну площину реалізації. Йдеться не лише про хворобу чи звернення до медичного закладу, а й про укладення договорів страхування, перетин кордону з метою отримання медичної послуги, набуття статусу особи, яка потребує додаткового захисту. Саме ці факти ініціюють багатосуб'єктні правовідносини, що у європейському контексті виходять за межі традиційної вертикалі «держава – громадянин» і формують зв'язки за участю страхових фондів, наднаціональних структур та

транскордонних провайдерів. Відповідно, наднаціональний і національний рівні нормативного блоку перебувають у відносинах функціональної взаємодоповнюваності: право ЄС задає каркас гарантій, а національне право надає йому процедурної визначеності.

Саме на національному рівні нормативного блоку виявляється порівняльно-правова цінність різних моделей, що склалися в державах-членах ЄС. У Франції закон від 4 березня 2002 року, відомий як «закон Кушнера» (Loi Kouchner) [312], став символом переорієнтації системи охорони здоров'я на права хворого. Сучасні огляди французького права підкреслюють, що ця реформа «поставила пацієнта в центр догляду», кодифікувавши його право на інформацію, згоду, доступ до медичної документації та компенсацію у разі шкоди [311].

В Іспанії Базовий закон 41/2002 [308] прямо пов'язує організацію медичної допомоги з гідністю особи, автономією волі, недискримінацією, конфіденційністю та правилами клінічної інформації й документації, тим самим демонструючи акцент на юридичній фіксації автономії пацієнта як принципу, з якого логічно випливають конкретні процедурні гарантії. У Німеччині Закон про права пацієнтів 2013 року (Patientenrechtegesetz) [322] не лише кодифікував розпорошені правила, а й посилив юридичну визначеність щодо договору лікування, доступу до документації, інформування, згоди та відповідальності за лікарські помилки, включаючи закріплення права пацієнта на отримання другої лікарської думки.

У Данії простежується інша логіка: там особливо помітний процедурний вимір забезпечення, оскільки поряд із загальною податковою моделлю фінансування існує добре вибудована система скарг, а регіональні пацієнтські радники допомагають особі реалізувати право на звернення до компетентного органу [278].

Порівняння цих моделей дозволяє зробити проміжний висновок, що структурний механізм забезпечення прав пацієнта в ЄС не вимагає абсолютної уніфікації. Натомість він потребує спільного мінімуму гарантій і національно

специфічних способів їх реалізації: у Франції домінує кодифікація статусу пацієнта; в Іспанії – акцент на автономії та клінічній документації; у Німеччині – правова визначеність й інституалізовані права на другу думку та захист у разі лікарської помилки; у Данії – доступність позасудового захисту й фахової допомоги у скарзі.

Інституційний блок є третім елементом структури механізму, і саме він найкраще демонструє, що забезпечення права пацієнта в ЄС є за своєю природою багаторівневим. На наднаціональному рівні механізм підтримується Європейською Комісією, яка контролює виконання права ЄС та координує розвиток транскордонної охорони здоров'я [320]; Судом ЄС, який перетворює норми внутрішнього ринку та соціальної координації на реальні суб'єктивні права пацієнтів [319]; ЕМА, яка відповідає за кризову підготовленість щодо лікарських засобів і медичних виробів [294]; Європейським центром профілактики та контролю захворювань (ECDC) [292] та структурами Європейського союзу охорони здоров'я, що працюють із загрозами транскордонного характеру; а також системою національних контактних пунктів, створених відповідно до Директиви 2011/24/ЄС [289] для інформування громадян про умови та порядок отримання медичної допомоги в інших державах-членах.

На національному рівні інституційний блок включає міністерства охорони здоров'я, органи медичного страхування, лікарняні адміністрації, професійні палати, пацієнтських омбудсменів, наглядові та скаргові органи. Практика переконливо показує, що саме в інституційному блоці вирішується питання, чи стане право пацієнта ефективним. У Данії право на скаргу підкріплене діяльністю Датського агентства скарг пацієнтів (Danish Patient Complaints Agency) та мережею пацієнтських радників, які допомагають скласти звернення і супроводжують особу на всіх етапах процедури. У Німеччині офіційні ресурси державної системи пояснюють пацієнтові, як отримати доступ до документації, отримати другу думку та як діяти при підозрі на лікарську помилку. У транскордонному вимірі саме контактні пункти повинні забезпечити особу

інформацією про умови лікування, відшкодування й оскарження. Через це інституційний блок не можна вважати простим «додатком» до нормативного: в умовах ЄС він є самостійною структурною гарантією, без якої навіть бездоганно сформульоване право лишається недосяжним для пацієнта.

Важливою інституційною складовою є організації громадянського суспільства, зокрема пацієнтські об'єднання. Європейський форум пацієнтів (European Patients' Forum – EPF) [295] виступає посередником між пацієнтською спільнотою та суб'єктами ухвалення рішень на рівні ЄС, забезпечуючи крос-нозологічну перспективу в питаннях, що безпосередньо впливають на життя пацієнтів. У 2015–2016 роках EPF провів кампанію з розширення прав і можливостей пацієнтів, результатом якої стали Хартія розширення прав і можливостей пацієнтів та Дорожня карта дій. Мережа активного громадянства (Active Citizenship Network), яка у 2002 році ініціювала розробку Європейської хартії прав пацієнтів, продовжує моніторинг дотримання цих прав та адвокацію на рівні ЄС. Показовим є також те, що у 2025 році на міжнародному рівні було артикульовано потребу гармонізації прав пацієнтів у ЄС та перетворення Європейської хартії прав пацієнтів на юридично обов'язковий документ [321]. Значення пацієнтських організацій не зводиться до адвокації: вони виконують роль «зворотного зв'язку», сигналізуючи про неефективність процедур, прогалини у фінансуванні та практичні бар'єри, невидимі з позиції законодавця чи адміністратора.

Процедурний блок є четвертим елементом механізму, і саме через нього пацієнт «входить» у систему та реалізує своє право крок за кроком. У сучасних країнах ЄС право на медичну допомогу забезпечується не тільки прийомом до лікаря чи наявністю страховки, а передусім набором процедур: доступом до достовірної інформації про діагноз і варіанти лікування, інформованою згодою, доступом до медичної документації, правом на другу лікарську думку, правом на відшкодування, правом на скаргу та правом на компенсацію. Серед цих процедурних елементів центральне місце посідає інформована згода, яка є наріжним каменем сучасної медичної етики та права.

Відповідно до доктрини інформованої згоди пацієнти, здатні приймати рішення, мають право на автономний вибір щодо власного здоров'я [212]. Стаття 5 Ов'єдської конвенції встановлює заборону медичного втручання без вільної та інформованої згоди особи, яка може бути відкликана у будь-який час [81]. Практика ЄСПЛ додатково підкреслює, що згода має бути конкретною, актуальною та відкликальною: попередня згода на інший курс лікування не може виправдовувати втручання проти волі пацієнта [300].

Водночас держави-члени розвинули процедурний блок з урахуванням власних правових традицій. Німецькі офіційні роз'яснення підкреслюють право пацієнта на відомості про діагноз, прогноз, ризики й альтернативи, а також право на другу думку щодо певних планових операцій [324]. Іспанський закон 41/2002 пов'язує клінічну інформацію та документацію з автономією особи й правом на прийняття рішень. Французька модель через «закон Кушнера» посилила обов'язок інформування, а данський механізм показує, що право на скаргу стає реальним лише за наявності фахової допомоги пацієнтського радника. Отже, процедурний блок перетворює свободу вибору, доступ до інформації та засоби оскарження на конкретні й передбачувані дії.

У межах процедурного блоку особливого значення набуває транскордонне лікування. Директива 2011/24/ЄС [289] створила додатковий рівень забезпечення права пацієнта, що активується тоді, коли національна система не може або не встигає задовольнити його потребу. Вона встановлює умови отримання безпечної та якісної допомоги в іншій державі ЄС і відшкодування у державі страхування, а також охоплює визнання рецептів і співробітництво систем охорони здоров'я. Разом із тим оцінка Директиви засвідчила її обмежений вплив на кількість пацієнтів, які фактично виїжджають за лікуванням [310]. Причини полягають у недостатній поінформованості, складності правил, труднощах доступу до медичних записів, авансовій оплаті та невизначеності відшкодування. Тому транскордонна мобільність є лакмусовим тестом якості інформаційного, фінансового та процедурного блоків. Саме в ній найвиразніше

проявляється, чи здатна система перейти від формального визнання права до його практичної здійсненності.

Контрольний і юрисдикційний блок є п'ятим елементом структури механізму і виконує подвійну функцію: з одного боку, він забезпечує відновлення порушених прав конкретного пацієнта, з іншого – виробляє стандарти, що коригують роботу всіх інших блоків. Як слушно зазначає В. О. Галай, правозахисний механізм у сфері охорони здоров'я включає нормативне закріплення прав пацієнтів, адміністративний, судовий та альтернативний (позаінстанційний) способи захисту, залучення громадськості, міжнародне співробітництво та юридичну відповідальність [31, с. 67].

Судова практика в європейському просторі не просто тлумачить право, а фактично добудовує гарантії там, де законодавець залишає прогалини. Саме так Суд ЄС сформував базовий стандарт транскордонних прав пацієнта у справах «Kohll v Union des caisses de maladie» [281] та «Decker v Caisse de maladie des employés privés» (1998) [304], де національні обмеження на відшкодування витрат, понесених в іншій державі-члені, були розглянуті як бар'єри свободам внутрішнього ринку. У справі «Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health» (2006) [303] Суд визнав, що держави можуть вимагати попереднього дозволу для планового стаціонарного лікування за кордоном, але лише за умови, що таке обмеження є пропорційним і не позбавляє особу реального доступу до лікування в розумний строк.

Особливо важливою для розуміння механізму забезпечення є справа «Elena Petru v Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu and Casa Națională de Asigurări de Sănătate» (2014) [282], де було визнано, що у відшкодуванні не можна відмовити, якщо через нестачу медикаментів, базових матеріалів чи інфраструктури лікування в державі проживання не може бути надане вчасно – тобто формальна наявність лікарні не дорівнює реальній доступності допомоги. На нашу думку, ця справа має доктринальне значення, що виходить далеко за межі транскордонної мобільності: вона фактично зобов'язує національні системи охорони здоров'я забезпечувати не номінальну, а реальну доступність

лікування, і ця вимога має розглядатися як елемент загальноєвропейського стандарту. Юрисдикційний блок доповнюється практикою ЄСПЛ щодо інформованої згоди й приватності в лікуванні, що формує додатковий рівень судового контролю. Саме тому в структурі механізму забезпечення права пацієнта судовий компонент слід розглядати не як фінальний «ремонтний» засіб, а як постійний генератор стандартів.

Порівняльний аналіз систем розгляду скарг пацієнтів у країнах ЄС виявляє значну варіативність підходів. Наприклад, у Великій Британії до Brexit система передбачала первинний контакт із місцевим менеджером зі скарг, а найсерйозніші справи, що могли вплинути на реєстрацію лікаря, направлялися до Генеральної медичної ради (General Medical Council) [299]. Водночас суттєвим недоліком було правило, за яким пацієнт не міг одночасно подати скаргу через систему NHS та ініціювати судовий позов про компенсацію, що змушувало обирати між системним покращенням і фінансовим відшкодуванням.

У Данії система характеризується чітким розмежуванням між скаргами та компенсацією: як зазначає Пол Бартельс, «було повністю відокремлено розгляд скарг від питань компенсації» [291]. Якщо пацієнт доведе, що шкода була завдана діями, які не відповідають стандарту дуже досвідченого лікаря, він може отримати компенсацію; водночас у лікарнях і регіональних адміністраціях працюють радники з прав пацієнтів, а Національна рада зі скарг розглядає справи за участю медичних працівників, пацієнтів і професійного судді.

В Італії Закон Джеллі-Б'янко (Legge Gelli-Bianco) встановив комплексну систему захисту у випадках медичної недбалості: скарги до Омбудсмена з права на здоров'я, обов'язкову медіацію перед цивільним провадженням, пряму позовну дію проти страхувальника та Гарантійний фонд для шкоди, яка не може бути компенсована через відсутність або недостатність страхового покриття [307]. Загалом медіація та альтернативні методи вирішення спорів набувають у ЄС дедалі більшого значення. У Бельгії Закон про права пацієнта передбачає право на медіаційне посередництво у справах про порушення прав пацієнтів, а у Франції при медичних закладах діють регіональні комісії з узгодження та

компенсації, що сприяють досудовому врегулюванню спорів. Такі механізми дозволяють поєднати доступність, швидкість і менш конфліктний характер захисту прав пацієнта.

Як підкреслюють В. В. Городовенко та О. Г. Яновська, для належного захисту прав пацієнтів, у тому числі тих, що постраждали внаслідок медичної помилки, держава повинна гарантувати право доступу до юрисдикційних механізмів захисту, а також створити систему позаюрисдикційних механізмів захисту прав у сфері охорони здоров'я, при цьому до найбільш ефективних юрисдикційних механізмів належать кримінально-правовий, цивільно-правовий та конституційний [273]. На нашу думку, ця позиція є цілком обґрунтованою, однак потребує доповнення вказівкою на те, що в умовах ЄС юрисдикційний блок необхідно мислити як трирівневу систему: національний суд – Суд ЄС – ЄСПЛ, де кожен рівень виконує специфічну функцію генерування стандартів, і лише їх сукупна дія забезпечує повноту захисту.

Матеріально-фінансовий блок є шостим елементом структури, і саме він найчастіше визначає різницю між формальним і реальним правом пацієнта. Без належного фінансового забезпечення нормативне закріплення прав залишається декларативним, а інституційні та процедурні механізми не можуть ефективно функціонувати. У сфері транскордонної допомоги права пацієнтів залежать як від індивідуальних, так і від соціальних прав, а відмінності між державами породжують нерівність і плутанину. Дані Комісії за 2021–2023 роки свідчать про реальний попит на транскордонний компонент, але ключові перешкоди залишаються фінансовими: авансова оплата, невизначеність тарифів, регіональні диспропорції, черги, нестача фахівців і цифрова нерівність [334]. Тому право пацієнта на медичну допомогу в ЄС потребує фінансово організованого середовища, у якому особа не втрачає доступ до лікування через неможливість попередньої оплати чи складність правил компенсації.

У країнах ЄС фінансове забезпечення прав пацієнтів ґрунтується на поєднанні різних механізмів, що залежать від моделі організації охорони здоров'я. Модель Бісмарка спирається на обов'язкове медичне страхування через

внески роботодавців і працівників до страхових фондів та характеризується множинністю платників і ширшим вибором для пацієнтів. Модель Беверіджа передбачає переважно бюджетне фінансування охорони здоров'я за рахунок загальних податків і універсальне охоплення населення. Перша модель характерна, зокрема, для Німеччини, Франції, Бельгії, Австрії, Нідерландів і низки держав Центральної Європи, тоді як друга – для Швеції, Данії, Фінляндії, Іспанії, Італії та Португалії.

Як показало порівняльне дослідження ефективності систем охорони здоров'я 28 держав ЄС методом аналізу обвідних даних (DEA), бісмаркіанські системи демонструють дещо вищі переваги з точки зору ефективності витрат, однак жодна модель не може вважатися універсально оптимальною [306].

Важливим аспектом фінансового забезпечення є також механізми відшкодування витрат на транскордонне медичне обслуговування: відповідно до Директиви 2011/24/ЄС [289], пацієнти мають право на відшкодування витрат на медичну допомогу, отриману в іншій державі-члені, у розмірі, що не перевищує суму, яка була б покрита системою охорони здоров'я держави проживання за аналогічні послуги, однак низькі тарифи відшкодування, обтяжлива адміністративна процедура та вимога попередньої авторизації для певних видів лікування залишаються суттєвими бар'єрами.

Фінансове забезпечення прав пацієнтів включає також механізми компенсації шкоди, завданої внаслідок медичних помилок, і в цьому контексті скандинавські країни демонструють найбільш прогресивний підхід – систему безвинної (no-fault) компенсації. Швеція впровадила систему страхування пацієнтів від медичних травм ще у 1975 році: спочатку вона базувалась на добровільних засадах, а з 1997 року була замінена Законом про страхування пацієнтів (Patient Insurance Act) [296], який охоплює як фізичні, так і психічні травми та передбачає виплату компенсації за умови встановлення причинного зв'язку між шкодою та медичною допомогою і доведення того, що шкоду можна було уникнути.

Щорічно у Швеції обробляється від 9 000 до 10 000 справ, а компенсація виплачується приблизно у половині випадків [276]. У Данії функціонує

аналогічна система, де компенсація залежить від доведення відхилення від стандарту дуже досвідченого лікаря [333]. У Франції з 2002 року діє система безвинної компенсації через ONIAM, хоча її практичне впровадження зіткнулося зі значними труднощами.

Порівняльний аналіз свідчить, що скандинавська модель має високий рівень позасудового вирішення спорів і забезпечує більш доступний механізм компенсації для пацієнтів. У цьому сенсі матеріально-фінансовий блок є не «зовнішньою умовою», а органічним елементом механізму, який визначає обсяг реального, а не символічного права на медичну допомогу.

Інформаційно-цифровий блок є сьомим елементом механізму і набуває принципово нового значення в умовах цифрової трансформації охорони здоров'я. Право пацієнта дедалі більше реалізується через доступ до електронних записів, обмін медичними даними, цифрові рецепти, телемедицину та алгоритмічну підтримку клінічних рішень. GDPR розглядає дані про здоров'я як спеціальну категорію, що заслуговує на підвищений захист, але дозволяє їх обробку для цілей управління системами охорони здоров'я, лікування й захисту суспільного інтересу за належних гарантій [325]. Регламент EHDS створює спеціалізований простір, який одночасно посилює контроль особи над електронними медичними даними та відкриває можливість їх вторинного використання для науки, інновацій, статистики, персоналізованої медицини, безпеки пацієнтів і реагування на кризи. Фізичні особи мають право на швидкий і безоплатний доступ до електронних медичних даних у зрозумілій формі, контроль доступу до них, перегляд історії звернень та вимогу виправлення помилок; держави-члени, своєю чергою, мають створити відповідні електронні сервіси доступу та довіреності.

Додатковий вимір вносить AI Act (Regulation (EU) 2024/1689), який прямо орієнтує регулювання на «human-centric and trustworthy» використання штучного інтелекту та високий рівень захисту здоров'я і фундаментальних прав. Саме тому в структурі механізму забезпечення прав пацієнта інформаційно-цифровий блок має подвійну природу: він розширює можливості доступу, особливо у

транскордонних випадках, але водночас породжує нові ризики – незаконного доступу, надмірної вторинної обробки, алгоритмічної упередженості, непрозорих рішень щодо маршрутизації пацієнта або пріоритезації черг. Через це сучасний механізм забезпечення права на медичну допомогу в ЄС обов'язково включає не лише право на лікування як таке, а й право на захищені, зрозумілі та контрольовані цифрові умови цього лікування, і ігнорування цієї складової неминуче спотворює картину реального обсягу гарантій, якими користується пацієнт.

Кризовий і спеціальний блок механізму забезпечення прав пацієнта є восьмим структурним елементом, значення якого радикально зросло у зв'язку з пандемією COVID-19 та подіями, що розгорнулися після лютого 2022 року. Вже неможливо розглядати механізм забезпечення прав пацієнта в ЄС без урахування масового переміщення мігрантів. Юридично цей блок спирається на Директиву 2001/55/ЄС про тимчасовий захист, стаття 13 якої вимагає від держав-членів забезпечувати особам під тимчасовим захистом необхідну соціальну допомогу, засоби існування та медичну допомогу, а особам з особливими потребами – належну медичну чи іншу допомогу.

Після початку повномасштабної війни проти України Рада ЄС 4 березня 2022 року вперше в історії активувала цей механізм через Виконавче рішення 2022/382, яким було встановлено масовий наплив переміщених осіб з України. Європейська Комісія в оперативних настановах та спеціальних інформаційних матеріалах уточнила, що отримання тимчасового захисту означає право на принаймні екстрену допомогу, необхідне лікування хвороб та допомогу для осіб із спеціальними потребами, а практично держави-члени часто надавали ширший доступ і включали таких осіб до публічної системи охорони здоров'я [22]. Станом на 2025 рік тимчасовий захист продовжено до 4 березня 2027 року.

Це означає, що для країн ЄС механізм забезпечення права пацієнта був змушений інституційно й нормативно розширитися: він охопив не лише «звичайного» застрахованого пацієнта – громадянина чи резидента, а й мільйони осіб, які потребували швидкого включення в систему лікування незалежно від попередньої страхової історії в приймаючій державі.

Водночас блок тимчасового захисту продемонстрував, що саме забезпечення, а не декларація права є головною проблемою. Порівняльне дослідження 2025 року щодо реалізації тимчасового захисту в 27 країнах ЄС засвідчило, що всі держави зобов'язані гарантувати мінімальний набір медичних послуг, але мають значну свободу в організації, обсязі та фінансовому покритті, а отже, реальний доступ і бар'єри істотно різняться. У дослідженнях і матеріалах Європейської Комісії фіксуються мовні бар'єри, складність навігації системою, різний обсяг покриття психічного здоров'я, труднощі доступу до довготривалого лікування та до медичних послуг для осіб з інвалідністю, дітей, вагітних жінок і людей похилого віку [314].

Звідси випливає, що режим тимчасового захисту є повноцінним структурним сегментом механізму забезпечення права пацієнта в ЄС, а не додатковим соціальним сервісом. Він демонструє здатність правопорядку швидко перерозподіляти ресурси, адаптувати процедури реєстрації, розширювати кадровий потенціал через визнання кваліфікацій та перебудовувати інформаційну роботу. На практиці цей блок прямо пов'язує право на медичну допомогу з умовами війни, вимушеного переміщення та надзвичайних навантажень на приймаючі системи охорони здоров'я.

Нарешті, без включення антикорупційного блоку структура механізму забезпечення прав пацієнта була б неповною, оскільки корупція в охороні здоров'я порушує право на медичну допомогу безпосередньо. Вона проявляється через закупівлю небезпечних або невігідних виробів, перекручення черговості доступу, відбір постачальників за хабар чи зв'язки, недоброчесні відносини між лікарями та виробниками, неправдиві вимоги до відшкодування, привласнення ліків і медичних виробів. Дослідження ЄС на основі 86 кейсів у державах-членах виявило шість типологій таких порушень: хабарництво в наданні медичних послуг, корупцію в закупівлях, неналежні маркетингові зв'язки, зловживання високими посадами, неправомірні вимоги на відшкодування, шахрайство і розтрату ліків та медичних виробів [331]. Новіший загальноєвропейський звіт

2024 року також відніс охорону здоров'я до секторів із найвищим ризиком корупції та підкреслив транскордонний вимір цих загроз [336].

Антикорупційний блок не може розглядатися як зовнішній щодо механізму забезпечення прав пацієнта: якщо закуплено непридатне обладнання або штучно завищено ціну ліків, це безпосередньо скорочує ресурс права пацієнтів на медичну допомогу й підриває довіру до системи. Тому антикорупційний вимір є «охоронним контуром» усього механізму, оскільки його відсутність або слабкість здатна знецінити навіть найдосконаліші нормативні та інституційні гарантії: корупція перетворює формально доступну систему на фактично недоступну для пацієнтів без фінансових ресурсів чи неформальних зв'язків, що є прямим запереченням принципу недискримінаційного доступу до лікування.

Таким чином, проведений аналіз дозволяє зробити висновок: структура механізму забезпечення прав пацієнта в країнах ЄС є не простою сумою норм, а багаторівневою функціонально інтегрованою системою. Аксиологічні засади задають ціннісну орієнтацію механізму; нормативний блок формує юридичну основу; інституційний забезпечує організаційну спроможність; процедурний перетворює право на здійснювану можливість; матеріально-фінансовий робить доступ до допомоги реалістичним; інформаційно-цифровий захищає дані та розширює доступність лікування; юрисдикційний відновлює порушене право й виробляє стандарти; кризовий і спеціальний дозволяє реагувати на пандемії, дефіцити та масове переміщення людей; антикорупційний охороняє інфраструктуру забезпечення від підміни публічного інтересу приватною вигодою. Порівняльно-правовий досвід ЄС переконує, що найбільш перспективною є модель багаторівневого гарантування, яка поєднує сильні наднаціональні стандарти, національно адаптовані процедури, судову практику, цифрові гарантії, режими тимчасового захисту та антикорупційний супровід. Саме така модель відповідає сучасному розумінню права пацієнта на медичну допомогу як права бути поінформованим, захищеним, недискримінованим, безпечно пролікованим і здатним відновити свої права у разі їх порушення.

3.3 Перспективи удосконалення національного механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги у контексті євроінтеграційних процесів

Євроінтеграційний вектор розвитку Української держави, закріплений на конституційному рівні після внесення змін до Основного Закону у 2019 році, зумовлює необхідність комплексного переосмислення механізмів забезпечення прав пацієнта на медичну допомогу. Набуття Україною статусу кандидата на членство в Європейському Союзі у червні 2022 року поставило перед національним правопорядком низку конкретних вимог щодо наближення стандартів захисту прав людини, зокрема у сфері охорони здоров'я, до *acquis communautaire*. Водночас повномасштабна збройна агресія РФ, розпочата 24 лютого 2022 року, створила безпрецедентні виклики для системи охорони здоров'я: масове внутрішнє переміщення населення, руйнування медичної інфраструктури, необхідність забезпечення медичною допомогою мільйонів вимушених переселенців та осіб, які постраждали внаслідок бойових дій. Ці обставини об'єктивно вимагають формулювання науково обґрунтованих пропозицій щодо удосконалення національного механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу, які б одночасно враховували євроінтеграційні зобов'язання та специфіку воєнного і поствоєнного часу.

Методологічною передумовою розкриття окресленої проблематики є розуміння того, що удосконалення механізму забезпечення прав пацієнта має відбуватися не шляхом механічного запозичення окремих інституційних рішень зарубіжних правопорядків, а через системну гармонізацію національного законодавства з урахуванням принципів, закладених у Хартії основних прав Європейського Союзу [284], Європейській хартії прав пацієнтів (2002) [53], Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини (Конвенція Ов'єдо, 1997) [81], а також у рекомендаціях Комітету Міністрів Ради Європи та практиці Європейського суду з прав людини. Саме на цьому акцентують увагу В. І. Риндюк та О. Ю. Кучинська, які, аналізуючи процес

гармонізації українського права з правом ЄС, наголошують на принциповій відмінності між адаптацією як формальним перенесенням нормативних конструкцій та гармонізацією як змістовним узгодженням правових принципів і стандартів, що забезпечує внутрішню когерентність правової системи [191]. Поділяючи цю позицію, вважаємо, що саме гармонізаційний підхід є методологічно коректним для удосконалення механізму забезпечення прав пацієнта, оскільки він дозволяє зберегти національну правову ідентичність і водночас інтегрувати міжнародні стандарти у «тканину» вітчизняного правопорядку.

Однією із ключових проблем, яка перебуває в центрі уваги академічної та законотворчої дискусії вже понад два десятиліття, є необхідність прийняття спеціального законодавчого акта, який би кодифікував права пацієнта на медичну допомогу та визначив дієві механізми їх гарантування. В Україні уже було зареєстровано щонайменше три законопроекти про права пацієнтів, що відображає як усвідомлення законодавцем нагальності цієї проблеми, так і відсутність консенсусу щодо оптимальної моделі правового регулювання: Проект Закону «Про права пацієнтів» (2005 р.), внесений до Верховної Ради України ще у попередніх скликаннях, ґрунтувався на концепції переліку суб'єктивних прав пацієнта без детального опрацювання інституційних гарантій їх реалізації. Альтернативний законопроект «Про захист прав пацієнтів» (2007 р.) пропонував модель, зорієнтовану переважно на механізми відповідальності медичних працівників [170], тоді як ще один проект (2013 р.) акцентував увагу на створенні інституту уповноваженого з прав пацієнтів [177; 181]. Аналіз усіх трьох засвідчує фрагментарність підходів, за якої кожен із проектів намагається вирішити лише окремий аспект проблеми, не пропонуючи цілісного бачення системи гарантій.

Вважаємо, що перспективним є саме комплексний підхід, за якого спеціальний закон про права пацієнта має включати: по-перше, каталог прав пацієнта, гармонізований із Європейською хартією прав пацієнтів 2002 року (право на профілактичні заходи, право на доступ до медичної допомоги, право на інформацію, право на інформовану згоду, право на вільний вибір, право на приватність та конфіденційність, право на повагу до часу пацієнта, право на

додержання стандартів якості, право на безпеку, право на інновації, право на уникнення непотрібних страждань та болю, право на індивідуальний підхід до лікування, право на подання скарги, право на відшкодування шкоди); по-друге, інституційний механізм забезпечення цих прав, включаючи інститут Уповноваженого (омбудсмена) з прав пацієнтів; по-третє, процедури позасудового та судового захисту; по-четверте, засади обов'язкового страхування професійної відповідальності медичних працівників. Як обґрунтовано зазначає К. В. Москаленко, основоположним принципом правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я має бути принцип людиноцентризму, за якого пацієнт розглядається не як об'єкт медичного втручання, а як суб'єкт правовідносин, наділений комплексом невід'ємних прав [129]. Саме цей принцип, на нашу думку, має бути покладений в основу майбутнього закону.

У науковій літературі точиться дискусія щодо самої моделі законодавчого закріплення прав пацієнта. К. Р. Бахтіна обстоює позицію, згідно з якою оптимальним є прийняття окремого спеціального закону про права пацієнтів за зразком скандинавських країн (Закон Фінляндії про статус та права пацієнтів 1992 року, Закон Данії про права пацієнтів 1998 року, Закон Нідерландів про договір медичного обслуговування 1995 року), де такий акт становить самостійний кодифікований документ [8]. Натомість І. Я. Сенюта наполягає на тому, що права пацієнта мають бути інтегровані у ширший нормативний контекст – або через суттєве доповнення Основ законодавства України про охорону здоров'я, або через прийняття Медичного кодексу України, який би системно врегулював усі аспекти медичних правовідносин [204]. Ми ж вважаємо більш перспективною все-таки модель окремого закону, оскільки вона забезпечує нормативну автономію інституту прав пацієнта, дозволяє уникнути «розмивання» пацієнтських прав серед інших норм медичного законодавства та відповідає домінуючій європейській тенденції. Водночас погоджуємося з І. Я. Сенютою в тому, що прийняття спеціального закону має супроводжуватися системним оновленням суміжного законодавства для забезпечення внутрішньої узгодженості правового регулювання.

Повномасштабне вторгнення 2022 року радикально змінило умови реалізації права на медичну допомогу для значної частини населення України. За даними Міжнародної організації з міграції, станом на кінець 2023 року в Україні налічувалося близько 3,69 млн внутрішньо переміщених осіб, а мільйони українців отримали тимчасовий захист у країнах Європейського Союзу відповідно до Директиви Ради ЄС 2001/55/ЄС від 20 липня 2001 року, активованої вперше в історії Рішенням Ради ЄС від 4 березня 2022 року (2022/382) [61, с. 1]. Ця Директива гарантувала українським біженцям, зокрема, доступ до необхідної медичної допомоги на території держав-членів ЄС, що включає щонайменше невідкладну допомогу та базове лікування. Активація цього механізму тимчасового захисту стала для України своєрідним «дзеркалом», яке відобразило як досягнення, так і прогалини у власній системі гарантування права на медичну допомогу.

На національному рівні правове регулювання медичного забезпечення переміщених осіб здійснюється передусім на підставі Закону України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» від 20 жовтня 2014 року (з численними змінами, внесеними у 2022–2024 роках), постанов Кабінету Міністрів України щодо порядку надання медичної допомоги в умовах воєнного стану, а також наказів Міністерства охорони здоров'я України, що регулюють особливості функціонування закладів охорони здоров'я на територіях активних бойових дій та на деокупованих територіях [165]. Зокрема, постанова Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2022 року № 392 «Деякі питання надання медичних послуг за програмою медичних гарантій в умовах воєнного стану» передбачила спрощений порядок укладення договорів між Національною службою здоров'я України та надавачами медичних послуг, а також тимчасові механізми забезпечення доступу переміщених осіб до медичної допомоги незалежно від місця реєстрації декларації з лікарем. Однак практика засвідчила низку системних проблем: переобтяженість закладів охорони здоров'я у західних та центральних областях, куди прибула значна кількість переселенців; неможливість доступу до електронних медичних записів для пацієнтів із окупованих або зруйнованих територій; відсутність кваліфікованих спеціалістів у ряді громад, які прийняли переміщених осіб.

Як слушно зазначає З. С. Скалецька, воєнний стан загострив фундаментальну проблему співвідношення формальної рівності доступу до медичної допомоги та реальної можливості її отримання [213]. Погоджуючись із цим, додамо, що ситуація з внутрішньо переміщеними особами виявила структурну ваду національного механізму гарантування прав пацієнта – його надмірну прив'язку до територіального принципу організації медичної допомоги, що виявилася непристосованою до умов масової мобільності населення. Тому одним із пріоритетних напрямів удосконалення є перехід від територіально орієнтованої до пацієнтоцентричної моделі організації медичного обслуговування, за якої право на медичну допомогу реалізується незалежно від місця реєстрації чи фактичного перебування особи. Саме така модель відповідає принципу портативності соціальних прав, закладеному в Регламенті ЄС № 883/2004 про координацію систем соціального забезпечення.

Окрему увагу в контексті євроінтеграції слід приділити питанню правового забезпечення медичної допомоги українським біженцям у країнах ЄС та, навпаки, іноземцям, які тимчасово перебувають на території України. Директива 2011/24/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 9 березня 2011 року про застосування прав пацієнтів у транскордонній медичній допомозі встановлює загальні принципи доступу громадян ЄС до медичної допомоги в інших державах-членах [289]. Хоча Україна ще не є членом ЄС і відповідно не охоплена дією цієї Директиви безпосередньо, проте наближення до її стандартів є стратегічним завданням у контексті євроінтеграції. Це передбачає, зокрема, створення механізмів визнання медичних рецептів, забезпечення інформування пацієнтів про їхні права у транскордонному контексті, розвиток електронного обміну медичними даними між Україною та державами ЄС.

Значна частина європейських правопорядків передбачає існування спеціалізованого інституційного механізму захисту прав пацієнтів, який функціонує паралельно із загальними механізмами захисту прав людини. Міжнародний досвід, зокрема Великої Британії (Служба скарг пацієнтів Національної служби здоров'я – NHS Complaints), Ізраїлю (Уповноважений з прав

пацієнтів при Міністерстві охорони здоров'я), Угорщини (Служба прав пацієнтів), Австрії (Адвокат пацієнтів – *Patientenanwalt*) свідчить про ефективність спеціалізованих омбудсменських інститутів у сфері охорони здоров'я. В Україні питання створення такого інституту обговорюється тривалий час, однак досі не отримало нормативного вирішення. Як наголошує Н. С. Наулік, інститут спеціалізованого омбудсмена є ефективним інструментом забезпечення прав людини саме у тих сферах, де існує значна асиметрія у правовому становищі суб'єктів – а відносини «пацієнт – надавач медичної послуги» є класичним прикладом таких асиметричних відносин [135].

У науковій дискусії щодо інституційної моделі омбудсмена з прав пацієнтів можна виділити щонайменше три основні позиції. Прихильники першої (В. В. Городовенко, І. М. Паращич) – пропонують створення окремого державного органу – Уповноваженого з прав пацієнтів – за аналогією з Уповноваженим Верховної Ради України з прав людини, який би діяв на підставі спеціального закону і мав повноваження розглядати скарги пацієнтів, проводити розслідування, надавати рекомендації та звертатися до суду в інтересах пацієнтів [39]. Прихильники другої моделі (Д. О. Білий) обстоюють створення інституту уповноваженого при Міністерстві охорони здоров'я України або при Національній службі здоров'я України, що забезпечило б оперативність реагування та інтегрованість у систему управління охороною здоров'я [12]. Третя позиція (М. П. Вавринчук, О. О. Пунда) полягає у розвитку мережі пацієнтських представників (адвокатів пацієнтів) безпосередньо у закладах охорони здоров'я, які б здійснювали первинний захист прав пацієнтів на рівні конкретного медичного закладу [19].

Оцінюючи наведені підходи, вважаємо найбільш перспективною, знову ж таки, комбіновану модель, яка поєднує елементи всіх трьох пропозицій. Уповноважений з прав пацієнтів як незалежний орган має забезпечувати системний контроль за дотриманням прав пацієнтів на загальнодержавному рівні, формувати єдину політику у цій сфері, готувати щорічні звіти та законодавчі рекомендації. Водночас на рівні закладів охорони здоров'я мають функціонувати

представники (адвокати) пацієнтів, які б здійснювали оперативний захист прав конкретних пацієнтів, сприяли вирішенню конфліктів на ранній стадії та забезпечували інформування пацієнтів про їхні права. Така модель відповідає принципу субсидіарності, закладеному у правовій системі ЄС, та практиці Угорщини, де Служба прав пацієнтів функціонує одночасно на центральному та локальному рівнях.

Ефективність механізму забезпечення прав пацієнта на медичну допомогу значною мірою визначається і наявністю дієвих процедур відновлення порушених прав. Традиційний для вітчизняного правопорядку судовий спосіб захисту, попри його безумовну цінність як крайнього засобу правового захисту, у сфері медичних спорів виявляє системні недоліки: надмірна тривалість розгляду справ (медичні справи в Україні розглядаються у середньому від одного до трьох років, а в окремих випадках – понад п'ять років), високі фінансові витрати сторін на адвокатів та експертизи, складність доказування причинно-наслідкового зв'язку між діями медичного працівника та шкодою, завданою здоров'ю пацієнта, а також часто – руйнування стосунків між лікарем та пацієнтом, що суперечить самій природі терапевтичних відносин [238]. Тому європейський досвід свідчить про активний розвиток альтернативних способів вирішення медичних спорів, передусім медіації.

У доктрині існує дискусія щодо ефективності та допустимості медіації у медичних спорах. О. В. Краснікова наголошує на тому, що медіація у відносинах «пацієнт – медичний заклад» має обмежену ефективність, оскільки ці відносини характеризуються суттєвою нерівністю сторін: пацієнт, як правило, перебуває у вразливому стані здоров'я, не має спеціальних медичних знань і відповідно не може на рівних вести переговори з медичним закладом [94]. Натомість К. С. Токарева обстоює протилежну позицію, вважаючи медіацію одним із найбільш перспективних способів вирішення медичних спорів, аргументуючи це значно коротшими строками (за міжнародною практикою, середня тривалість медіації становить від одного до трьох днів, а закриття справи від початку до кінця – від 85 до 165 днів), нижчими фінансовими витратами, можливістю збереження

конструктивних відносин між лікарем та пацієнтом та потенціалом для креативних рішень, які виходять за межі стандартних судових способів захисту (наприклад, безкоштовне додаткове лікування, залучення провідних спеціалістів для корекції лікарської помилки) [238].

Поділяючи загалом позицію прихильників медіації, вважаємо за необхідне водночас враховувати застереження щодо нерівності сторін, запропоновані К. С. Токаревою. Перспективним вирішенням цієї проблеми є, на наш погляд, запровадження моделі т. зв. «кваліфікованої медіації» у медичних справах, за якої медіатор повинен мати не лише загальну підготовку з медіації, а й спеціальні знання у сфері медичного права та прав пацієнтів, а пацієнт має право на безоплатну правову допомогу під час процедури медіації. Саме така модель реалізована у Бельгії, де Закон про права пацієнтів 2002 року передбачає функціонування медіаторів при кожній лікарні, а також федерального медіатора при Федеральній комісії «Права пацієнтів» [238]. Прийняття в Україні Закону «Про медіацію» від 16 листопада 2021 року [172] створило загальну правову основу для розвитку медіації, однак цей акт не містить спеціальних положень щодо медіації у медичних справах, що потребує доповнення.

Цифровізація охорони здоров'я є невід'ємним елементом євроінтеграційної стратегії у медичній сфері. Європейська комісія у Повідомленні «Цифрова трансформація охорони здоров'я та догляду в Цифровому єдиному ринку» (2018) визначила три пріоритетні напрями: безпечний доступ громадян до своїх медичних даних, зокрема транскордонний; персоналізована медицина на основі великих даних; розширення прав і можливостей громадян через цифрові інструменти [293]. В Україні електронна система охорони здоров'я (eHealth) функціонує з 2018 року, проте її розвиток стикається з низкою проблем, що безпосередньо впливають на реалізацію прав пацієнтів.

За даними аудитів, проведених Рахунковою палатою України, центральна база даних електронної системи охорони здоров'я протягом тривалого часу не мала електронної взаємодії з більшістю інформаційних систем та державних інформаційних ресурсів, визначених у відповідному Порядку функціонування

електронної системи охорони здоров'я [254]. Відомості, що містяться у реєстрах центральної бази даних, були неповними та недостовірними; верифікація даних здійснювалася нерегулярно; електронні медичні інформаційні системи підключалися до центральної бази даних без належного тестування. Ці проблеми набули особливої гостроти в умовах воєнного стану, коли мільйони пацієнтів були змушені звертатися до медичних закладів поза місцем свого постійного проживання, а частина медичних записів була втрачена через руйнування інфраструктури на окупованих та деокупованих територіях.

Перспективним напрямом удосконалення є забезпечення інтеперабельності національної електронної системи охорони здоров'я з європейськими системами електронного обміну медичними даними, зокрема з інфраструктурою MyHealth@EU, яка забезпечує транскордонний обмін електронними рецептами та медичними документами між державами-членами ЄС. Як зазначає О. Россильна, розвиток транскордонного електронного обміну медичними даними є не лише технічним, а й правовим завданням, оскільки передбачає гармонізацію національних стандартів захисту персональних даних із вимогами Загального регламенту захисту даних ЄС (GDPR) [197]. У цьому контексті Закон України «Про захист персональних даних» потребує суттєвого доопрацювання в частині регулювання обробки медичних даних, зокрема щодо уточнення правових підстав для транскордонної передачі медичної інформації, забезпечення права пацієнта на доступ до власних медичних записів у електронному форматі, а також щодо відповідальності за порушення конфіденційності медичних даних.

Водночас не слід недооцінювати ризики, пов'язані з цифровізацією. Так, наприклад, з одного боку, цифровізація правового регулювання поступово призводить до якісної зміни способів пізнання юридичних обов'язків, оскільки в умовах численних електронних повідомлень, автоматизованих систем інформування та використання алгоритмів штучного інтелекту людина все частіше отримує інформацію про свої права та обов'язки не через суб'єктну інтерпретацію правової норми, а через відповідні алгоритми роботи цифрових

систем [230, с. 441], з іншого – як обґрунтовано попереджають дослідники, важливо враховувати, що користувачі електронних медичних послуг можуть суттєво відрізнятись від загальної сукупності пацієнтів за соціально-демографічними характеристиками, що створює загрозу «цифрової нерівності» у доступі до медичної допомоги [277]. Ця проблема особливо актуальна для України, де значна частина сільського населення, а також літні люди мають обмежений доступ до цифрових технологій. Тому цифровізація має супроводжуватися збереженням альтернативних (нецифрових) каналів доступу до медичної допомоги та інформації про права пацієнтів.

Інститут обов'язкового страхування професійної відповідальності лікарів є важливим елементом механізму гарантування права пацієнта на відшкодування шкоди, завданої неналежним наданням медичної допомоги, і водночас – інструментом захисту інтересів самих медичних працівників. За статистичними оцінками, значна частина лікарських помилок зумовлена не так суб'єктивним фактором, як системними чинниками – недосконалістю медичних технологій, браком обладнання, недостатнім фінансуванням закладів охорони здоров'я [215]. В Україні обов'язкове страхування професійної відповідальності медичних працівників досі не запроваджено, хоча дискусія з цього приводу ведеться щонайменше з початку 2000-х років.

У науковій літературі з цього питання сформувався дві основні позиції. Зокрема, К. О. Скриннікова обґрунтовує необхідність запровадження обов'язкового страхування професійної відповідальності усіх медичних працівників за моделлю, подібною до обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів, де витрати на страхування покладаються на роботодавця (заклад охорони здоров'я) або на державу [215]. Прихильники другої позиції (О. О. Менделя) вважають, що запровадження обов'язкового страхування має бути поетапним і на першому етапі поширюватися лише на найбільш ризикові спеціальності (хірургія, акушерство, анестезіологія), з поступовим розширенням на інші категорії медичних працівників [118]. Ми ж підтримуємо другу позицію як більш реалістичну з огляду

на сучасний стан фінансування охорони здоров'я в Україні, особливо в умовах війни, коли ресурси держави та медичних закладів є обмеженими. Проте стратегічно Україна має орієнтуватися на модель повного обов'язкового страхування, яка є стандартом у більшості держав – членів ЄС (Німеччина, Франція, Бельгія, Нідерланди).

Механізм страхування має передбачати організацію та проведення незалежної медичної експертизи, що оцінює характер та обсяг шкоди, завданої пацієнту, визначає наявність або відсутність причинно-наслідкового зв'язку з діями медичного працівника, а компенсацію виплачує страхова компанія, а не безпосередньо лікар чи медичний заклад. Такий механізм забезпечує пацієнту гарантоване відшкодування незалежно від платоспроможності медичного працівника, а лікаря звільняє від ризику особистого фінансового краху через єдиний інцидент, що, як свідчить зарубіжний досвід, значно зменшує практику «оборонної медицини» та покращує якість надання медичної допомоги.

Слід вкотре акцентувати, що право пацієнта на якісну медичну допомогу є одним із центральних елементів системи прав пацієнта, проголошених Європейською хартією прав пацієнтів [53]. Його ефективне забезпечення потребує належного функціонування системи контролю якості, яка в Україні перебуває на стадії реформування. Створення Державної служби якості медичної допомоги та Національної служби здоров'я України як замовника медичних послуг за програмою медичних гарантій відображає намір держави розмежувати функції надання, фінансування та контролю якості медичної допомоги відповідно до європейських стандартів. Однак на практиці ця система стикається із суттєвими проблемами.

За результатами аудитів Рахункової палати України виявлено, що Національна служба здоров'я України протягом значного періоду не забезпечувала належного контролю за виконанням надавачами медичної допомоги умов укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [190]. Фіксувалися випадки надання медичної допомоги з порушенням ліцензійних вимог, неналежного матеріально-технічного

оснащення закладів охорони здоров'я, відсутності механізму забезпечення безперервності надання первинної медичної допомоги. Як слушно зазначають Г. В. Колісникова та О. А. Стогній, проблема якості медичної допомоги має не лише управлінський, а й глибокий правовий вимір: за відсутності чітких, верифікованих стандартів якості, закріплених на нормативному рівні, право пацієнта на якісну медичну допомогу залишається декларативним, оскільки його неможливо ефективно захистити ні в адміністративному, ні в судовому порядку [80].

У цьому контексті пріоритетним завданням є розробка та затвердження клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги, гармонізованих із рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я та європейськими клінічними настановами, а також створення ефективної системи моніторингу їх дотримання. Важливим елементом цієї системи має стати акредитація закладів охорони здоров'я за стандартами, еквівалентними міжнародним стандартам якості та безпеки медичної допомоги (зокрема, стандартам Joint Commission International або ISO для медичних закладів), що є поширеною практикою у країнах ЄС.

Територіальна доступність медичної допомоги є однією з ключових для реалізації права пацієнта на отримання медичної допомоги, проголошеного у Рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи Rec(2006)18 про організацію охорони здоров'я в системі в'язниць. Створення госпітальних округів мало забезпечити оптимальну організацію мережі закладів охорони здоров'я на рівні, вищому за окрему територіальну громаду, та гарантувати доступність спеціалізованої медичної допомоги для населення. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 року № 1074 «Деякі питання створення госпітальних округів», госпітальний округ визначається як сукупність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які забезпечують медичне обслуговування населення відповідної території, із визначенням опорних закладів охорони здоров'я [48]. Проте практика засвідчила, що створення 105 госпітальних округів на території України залишилося переважно на рівні

проектних рішень, а повноцінне функціонування госпітальних рад та розробка перспективних планів розвитку госпітальних округів не були забезпечені.

Ситуацію додатково ускладнила війна: частина госпітальних округів опинилася на тимчасово окупованих територіях або в зоні активних бойових дій, де нормальне функціонування мережі закладів охорони здоров'я є неможливим. Значна кількість медичних закладів зруйнована або пошкоджена, що вимагає перегляду конфігурації госпітальних округів та розробки планів відбудови медичної інфраструктури з урахуванням як національних потреб, так і європейських стандартів проектування та оснащення медичних закладів. У зв'язку з цим вважаємо за необхідне інтегрувати процес відбудови медичної інфраструктури з реформою госпітальних округів, забезпечивши при цьому максимальне залучення представників територіальних громад до планування та прийняття рішень. Як обґрунтовано стверджує В. Пашнєв, децентралізація у сфері охорони здоров'я має супроводжуватися чіткими стандартами якості та доступності медичної допомоги, встановленими на державному рівні, щоб уникнути ситуації, за якої передача повноважень на місцевий рівень призводить до поглиблення регіональних диспропорцій у якості медичного обслуговування [151].

Забезпечення права пацієнта на медичну допомогу є неможливим і без наявності достатньої кількості кваліфікованих медичних працівників. Ця проблема, яка існувала і до 2022 року, значно загострилася внаслідок війни: частина лікарів мобілізована до Збройних сил України, частина виїхала за кордон, значна кількість перемістилася з регіонів активних бойових дій до відносно безпечних областей, що створило як дефіцит кадрів в одних регіонах, так і нерівномірне навантаження – в інших. Протягом 2020–2022 років звільнилися тисячі лікарів, які надають первинну медичну допомогу, причому лише частина з них працевлаштувалася в інших закладах охорони здоров'я [269]. Особливо гострою є проблема нестачі лікарів у сільській місцевості Чернігівської, Сумської, Херсонської, Запорізької областей – тих регіонів, які найбільше постраждали від бойових дій.

Вирішення кадрової проблеми потребує комплексу заходів: перегляду нормативів робочого навантаження лікарів первинної ланки (встановлений ліміт у 1800–2000 пацієнтів на одного сімейного лікаря визнається фахівцями надмірним [141], що призводить до зниження якості медичної допомоги та професійного вигорання); запровадження дієвих програм фінансового стимулювання для лікарів, які працюють у сільській місцевості, на деокупованих та прифронтових територіях; розвитку телемедицини як інструменту подолання географічних бар'єрів у доступі до кваліфікованої медичної допомоги; гармонізації стандартів медичної освіти з вимогами Директиви 2005/36/ЄС про визнання професійних кваліфікацій, що є необхідною умовою євроінтеграції та одночасно – підвищення якості підготовки медичних кадрів.

Підсумовуючи аналіз основних напрямів удосконалення, слід наголосити на необхідності системної гармонізації національного законодавства у сфері прав пацієнтів з *acquis* ЄС та стандартами Ради Європи. Ця гармонізація має охоплювати не лише формальне наближення нормативних текстів, а й забезпечення реальної ефективності правових гарантій, що передбачає усунення наявних прогалин та колізій у чинному законодавстві. Зокрема, потребують узгодження положення Основ законодавства України про охорону здоров'я, Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Закону України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб», Закону України «Про захист персональних даних» та інших нормативних актів, які тією чи іншою мірою регулюють правовідносини у сфері прав пацієнтів.

Особливої уваги заслуговує узгодження національного законодавства з ключовими європейськими актами: Конвенції Ов'єдо про права людини та біомедицину (яку Україна підписала, але досі не ратифікувала), Директиви 2011/24/ЄС про застосування прав пацієнтів у транскордонній медичній допомозі, Загального регламенту захисту даних (GDPR) у частині обробки медичних даних, Директиви 2001/83/ЄС про лікарські засоби для людського застосування та інших актів *acquis* у сфері охорони здоров'я. Ратифікація Конвенції Ов'єдо, яка є єдиним

міжнародним юридично обов'язковим документом у сфері біомедичних прав людини, має стати одним із першочергових кроків у процесі євроінтеграції, оскільки вона встановлює фундаментальні принципи – пріоритет інтересів людини над інтересами науки чи суспільства, інформована згода, захист приватного життя та право на інформацію, – які мають бути покладені в основу національного законодавства про права пацієнтів.

Таким чином, удосконалення національного механізму забезпечення прав пацієнта на медичну допомогу у контексті євроінтеграційних процесів потребує реалізації комплексу взаємопов'язаних заходів нормативного, інституційного та організаційного характеру. Першочерговим кроком має стати прийняття спеціального Закону України «Про права пацієнтів», який би узагальнював каталог прав пацієнта відповідно до Європейської хартії прав пацієнтів та визначив системний механізм їх гарантування. Цей закон має передбачити створення інституту Уповноваженого з прав пацієнтів із мережею представників у закладах охорони здоров'я, запровадження кваліфікованої медіації у медичних спорах, засади обов'язкового страхування професійної відповідальності медичних працівників та ефективні механізми відшкодування шкоди, завданої пацієнту. Паралельно необхідно забезпечити розвиток електронної системи охорони здоров'я з урахуванням стандартів GDPR та перспективи інтеграції з європейською інфраструктурою електронного обміну медичними даними; реформувати систему контролю якості медичної допомоги; вирішити проблему кадрового забезпечення медичної сфери; завершити формування госпітальних округів із урахуванням воєнних реалій та потреб відбудови медичної інфраструктури; ратифікувати Конвенцію Ов'єдо. Лише комплексна реалізація зазначених заходів забезпечить перехід від декларативного проголошення прав пацієнта до їх реального гарантування на рівні, відповідному стандартам Європейського Союзу та Ради Європи.

Висновки до Розділу 3

1. Встановлено, що європейська модель гарантії права пацієнта на отримання медичної допомоги представляє собою багаторівневу систему, яка функціонує на перетині наднаціонального, регіонально-координаційного та національного рівнів правового регулювання. Її фундаментом виступає аксіологічна тріада – людська гідність, соціальна солідарність та автономія пацієнта, – що відрізняє цю модель від систем, де пацієнт розглядається як об'єкт медичного впливу. Доведено, що її ефективність забезпечується не окремим принципом, а системною взаємодією принципів універсальності, якості, безпеки, вільного вибору, недискримінації та прозорості, порушення будь-якого з яких деформує всю модель.

2. Обґрунтовано, що право пацієнта на отримання медичної допомоги формується на перетині трьох площин: нормативної (кодифікація прав у цивільному або спеціальному законодавстві), інституційно-фінансової (страхові фонди, наглядові органи, інститути омбудсмена, позасудові комісії) та антикорупційної (прозорі електронні системи, міжвідомча координація). Порівняльний аналіз моделей Бісмарка та Беверіджа продемонстрував, що жодна з них не є універсально оптимальною, а ефективність визначається інституційною спроможністю, а не формальним типом фінансування.

3. Запропоновано авторське розуміння структури механізму забезпечення прав пацієнта в країнах ЄС як комплексної системи взаємопов'язаних блоків: аксіологічно-засадничого, нормативного, інституційного, процедурного, матеріально-фінансового, інформаційно-цифрового, контрольного та юрисдикційного, кризового і спеціального, а також антикорупційного. Такий підхід виходить за межі традиційного вузького розуміння механізму правового регулювання та дозволяє показати реальний шлях переходу від норми до фактичної реалізації права пацієнта.

4. Виявлено концептуальну дилему «ринкового» та «соціального» громадянства у структурі забезпечення прав пацієнта ЄС. Аргументовано, що стратегічна перспектива розвитку механізму полягає у подоланні конституційної

невідповідності, за якої ринкові свободи мають міцнішу конституційну основу, ніж соціальні гарантії, що вимагає розширення прямих наднаціональних соціальних стандартів задля недискримінаційного доступу до лікування. Доведено, що кризовий блок механізму, активований безпрецедентним застосуванням Директиви 2001/55/ЄС щодо тимчасового захисту переміщених осіб з України, є не «додатковим сервісом», а повноцінним структурним сегментом, який засвідчує здатність правопорядку до адаптації в умовах війни, масового переміщення та надзвичайних навантажень на системи охорони здоров'я.

5. Обґрунтовано, що сучасний розвиток права пацієнта на отримання медичної допомоги в ЄС відбувається під впливом нових викликів – цифровізації охорони здоров'я, захисту персональних медичних даних, використання штучного інтелекту, транскордонного лікування, кризових режимів та масового переміщення осіб. У зв'язку з цим доведено, що сучасний механізм забезпечення прав пацієнта повинен охоплювати не лише класичні права на інформацію, згоду чи скаргу, а й цифрові гарантії безпеки даних, доступу до електронних сервісів та захисту від непрозорих автоматизованих рішень.

6. Встановлено, що для України методологічно правильним є не механічне запозичення окремих європейських моделей, а гармонізація національного законодавства із правом ЄС та європейськими стандартами прав людини. У цьому контексті першочерговими напрямками вдосконалення визначено: прийняття спеціального нормативно-правового акта про права пацієнтів; створення дієвого інституту Уповноваженого з прав пацієнтів за комбінованою моделлю; запровадження ефективних позасудових механізмів компенсації медичної шкоди (кваліфікованої медіації у медичних спорах); посилення юридичної визначеності щодо інформованої згоди, доступу до медичної документації та права на вибір; поетапне впровадження обов'язкового страхування професійної відповідальності лікарів; забезпечення інтеперабельності eHealth із MyHealth@EU; ратифікація Конвенції Ов'єдо та перехід до пацієнтоцентричної моделі, вільної від територіальної прив'язки; розвиток електронної медицини й антикорупційного контролю в системі охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне узагальнення й запропоновано нове вирішення наукового завдання, яке полягало у комплексному аналізі теоретико-правових засад права пацієнта на отримання медичної допомоги. У результаті сформульовано такі висновки:

1. Історико-правовий генезис права пацієнта на отримання медичної допомоги відображає закономірну еволюцію суспільного уявлення про здоров'я, хворобу, обов'язок допомоги та роль держави у сфері охорони здоров'я – від звичаєво-релігійних і корпоративних форм опіки до сучасного розуміння медичної допомоги як гарантованого державою і міжнародним правом суб'єктивного права людини. На ранніх етапах розвитку українських земель медична допомога існувала у трьох відносно самостійних формах – народній, монастирській та світській, – кожна з яких заклала окремі смислові шари сучасного права пацієнта: емпіричний, етичний та юридико-економічний. Саме тому сучасне право пацієнта не виникло раптово як продукт новітнього законодавства, а стало результатом тривалої історичної інституціоналізації потреби людини в лікуванні, обов'язку спільноти надавати допомогу та поступового визнання державою своєї публічної відповідальності за здоров'я населення.

У ранніх правових пам'ятках простежуються передумови майбутнього подвійного розуміння медичної допомоги – як соціального блага та як специфічної професійної діяльності, що може бути предметом правового регулювання, відповідальності й відшкодування. Це, натомість, доводить, що сучасний правовий статус пацієнта є результатом не лише нормативного розвитку, а й зміни базових цивілізаційних уявлень про людину, гідність, тілесну недоторканність, межі державного втручання та природу медичного авторитету.

2. Методологічні засади права пацієнта на отримання медичної допомоги мають не допоміжний, а конститутивний характер, оскільки саме вони визначають аксіологічний зміст цього права та межі його правового

регулювання. Право пацієнта на медичну допомогу має глибоке аксіологічне підґрунтя, яке не зводиться до формально-юридичного закріплення, а вкорінене у фундаментальних філософських уявленнях про цінність людського життя та гідності. Особливе значення має поглиблена концепція імплементації чотирьох принципів біоетики – автономії, незаподіяння шкоди, благодійності та справедливості – безпосередньо у нормативну тканину законів. При цьому, зазначені принципи перетворюються з морального орієнтира на жорсткий критерій правомірності медичного втручання, що виявляється у нормативному закріпленні інституту інформованої згоди (принцип автономії), встановленні стандартів якості та безпеки медичної допомоги (принцип незаподіяння шкоди), визначенні обов'язку лікаря діяти в інтересах пацієнта (принцип благодійності) та гарантуванні рівного доступу до медичних послуг без дискримінації (принцип справедливості).

Етичні принципи права пацієнта на отримання медичної допомоги розглянуті не як позаправові рекомендації, а як змістовне ядро правових норм, що визначає критерії допустимості медичного втручання, межі дискреції лікаря та стандарти правомірної поведінки всіх суб'єктів медико-правових відносин. Доведено, що антропоцентричний підхід, згідно з яким людина, її життя, здоров'я та гідність є центральними цінностями правової системи, слугує методологічним фундаментом для конструювання усєї системи гарантій права пацієнта на отримання медичної допомоги.

3. Право пацієнта на медичну допомогу є складним, комплексним суб'єктивним правом, що належить до системи соціально-економічних прав людини, водночас маючи тісний зв'язок із правом на життя, правом на повагу до людської гідності, правом на інформацію, правом на приватність та правом на ефективний засіб правового захисту. Воно займає особливе місце у системі прав людини як право, що безпосередньо забезпечує реалізацію найвищої соціальної цінності – людського життя та здоров'я, які проголошені такими у ст. 3 Конституції України.

Право пацієнта на отримання медичної допомоги охоплює нормативно-правові, організаційно-інституційні, економічні, процесуальні, інформаційні, цифрові та міжнародно-правові засоби забезпечення. Доведено, що нормативні – формують юридичний каркас даного права, організаційно-інституційні – визначають суб'єктів його забезпечення, економічні – гарантують ресурсну спроможність системи, процесуальні – забезпечують передбачуваність і правову визначеність реалізації права, інформаційні та цифрові гарантії – відповідають за доступ пацієнта до відомостей, сервісів і процедур, а міжнародно-правові стандарти задають орієнтир для розвитку національного законодавства та практики його застосування. І лише у своїй нерозривній сукупності вони здатні убезпечити право пацієнта від необґрунтованих обмежень та забезпечити його реальне втілення.

Удосконалено понятійно-категоріальний апарат медичного права шляхом чіткого розмежування категорій «медична допомога» та «медична послуга» на основі принципу синергії публічно-правового та приватноправового регулювання. Обґрунтовано, що медична допомога виступає родовим поняттям як публічне благо, що охоплює превенцію, лікування, догляд і реабілітацію, тоді як медична послуга є лише конкретизованою юридичною формою – договірною або адміністративною – реалізації права на медичну допомогу в умовах ринкової організації системи охорони здоров'я. Це розмежування визначає обсяг державних гарантій, межі договірної свободи та підстави юридичної відповідальності у відносинах між пацієнтом, лікарем та закладом охорони здоров'я.

4. Механізм забезпечення права пацієнта на медичну допомогу являє собою цілісну, динамічну систему нормативно-правових, інституційно-організаційних, технологічних та соціально-психологічних засобів, що функціонують у напрямі досягнення конкретного правового результату – безперешкодного здійснення пацієнтом свого конституційного права на охорону здоров'я. Ефективність механізму забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги залежить не лише від досконалості правових норм, а й від

рівня правосвідомості, правової культури, довіри до медичних інституцій та ефективності контрольних і цифрових засобів. Усі елементи механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу перебувають у діалектичному взаємозв'язку і функціонують винятково у нерозривній єдності з інституційним та гарантійним середовищем, що робить цей механізм здатним долати правові та організаційні перешкоди на шляху до задоволення інтересів суб'єктів права.

5. Структурними елементами механізму забезпечення права пацієнта на медичну допомогу є: медико-правові норми комплексного міжгалузевого характеру; юридичні факти та фактичні склади, що активують правовідносини (зокрема, інформована згода як особливий правоутворюючий факт); правовідносини у сфері надання медичної допомоги з їхнім специфічним суб'єктним складом і комбінованою публічно-приватноправовою природою; акти реалізації суб'єктивних прав і обов'язків у формах використання, виконання та дотримання; факультативні акти застосування права; система гарантій (економічних, організаційно-політичних, юридичних); та інституційно-правовий компонент. При цьому оптимальним є застосування інтеграційного підходу, який поєднує нормативно-правову та інституційно-правову складові даного механізму з системою гарантій забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги, оскільки лише їх сукупна узгодженість забезпечує реальний доступ пацієнта до якісної допомоги.

6. Нормативно-інституційна модель забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги в Україні представляє собою ієрархічну систему чотирьох взаємопов'язаних рівнів: конституційного, законодавчого, підзаконного та міжнародно-правового. Аксиологічний фундамент даної системи формується нормами Конституції України (ст. 3, 28, 49), які отримують свою розгорнуту регламентацію у базовому Законі «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та спеціальному законодавстві, а практичний інструментарій розкривається через розгалужену систему наказів МОЗ та постанов Кабінету Міністрів України, що регулюють питання стандартизації, маршрутизації та ліцензування.

Невід'ємною складовою цієї моделі є багаторівнева система міжнародно-правових стандартів (від Загальної декларації прав людини та МПЕСКП до Європейської хартії прав пацієнтів та Лісабонської декларації ВМА), які визначають орієнтири для національної правотворчості. У цьому контексті простежується прогалина у вітчизняному нормативному просторі – нератифікацію Конвенції Ов'єдо про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини, що гальмує системне реформування вітчизняного законодавства у сфері біоетики та захисту автономії пацієнта.

Дослідження інституційного рівня моделі забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги виявило, що вона є функціонально пов'язаною сукупністю суб'єктів – від Верховної Ради України як нормотворця до Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, органів місцевого самоврядування та безпосередньо закладів охорони здоров'я як носіїв юридичних обов'язків перед пацієнтами. Okремо підкреслено інституційну трансформацію, пов'язану з функціонуванням Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка через фінансово-контрактний механізм стала ключовим елементом наближення конституційного права на охорону здоров'я до його фактичного фінансового покриття, виступаючи єдиним національним замовником медичних послуг.

7. Європейська модель забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги формує унікальний аксіологічний каркас, у межах якого право на медичну допомогу є фундаментальним особистим немайновим правом людини, що підлягає ефективному юридичному захисту. Зазначена європейська модель є складною багаторівневою системою, яка органічно поєднує наднаціональний, регіонально-координаційний та національний рівні правового регулювання.

Наднаціональний рівень забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги формує базові стандарти захисту прав людини, регіонально-координаційний – забезпечує узгодженість національних систем та мобільність

пацієнтів, а на національному рівні ці стандарти набувають конкретного нормативного змісту та реалізуються через фінансові механізми функціонування охорони здоров'я. Фундаментом побудови зазначеної моделі виступає аксіологічна тріада: людська гідність, соціальна солідарність та автономія пацієнта, що концептуально відрізняє її від систем, де пацієнт розглядається виключно як об'єкт медичного впливу.

Ефективність європейської моделі гарантії права пацієнта на отримання медичної допомоги забезпечується не існуванням якогось одного відокремленого принципу, а системною та нерозривною взаємодією принципів універсальності охоплення, високої якості, безпеки, вільного вибору, абсолютної недискримінації та прозорості функціонування системи. Порухення або ігнорування будь-якого з цих принципів неминуче призводить до деформації всієї правової моделі забезпечення медичної допомоги.

8. Механізм забезпечення права пацієнта на отримання медичної допомоги в країнах ЄС являє собою комплексну систему, що виходить за межі традиційного правового регулювання і включає низку взаємопов'язаних блоків. До таких структурних елементів віднесено: аксіологічно-засадничий блок, який задає ціннісні орієнтири; нормативний блок, що формує юридичну основу на наднаціональному та національному рівнях; інституційний блок, відповідальний за організаційну спроможність; процедурний блок, через який реалізується можливість вибору; матеріально-фінансовий блок, що робить доступ реалістичним; інформаційно-цифровий блок; контрольний та юрисдикційний блок; кризовий і спеціальний блок; та антикорупційний блок, який охороняє інфраструктуру від розкрадання.

9. У контексті сучасного розвитку правової системи України методологічно коректним підходом є не просте механічне запозичення окремих інституційних рішень зарубіжних країн, а глибока системна гармонізація національного законодавства з європейськими стандартами прав людини та *acquis communautaire*. Першочерговим завданням на цьому шляху визначено розробку та прийняття спеціального нормативно-правового акту – Закону

України «Про права пацієнтів», який має закріпити вичерпний каталог прав пацієнтів, гармонізований із правом ЄС у цій сфері, а також формування інституційного механізму їх практичної реалізації. Центральним елементом такого інституційного оновлення має стати запровадження в Україні спеціалізованого Уповноваженого з прав пацієнтів. Найбільш доцільною визнано комбіновану модель, за якої незалежний омбудсмен здійснюватиме системний контроль та формуватиме політику на загальнодержавному рівні, тоді як на локальному рівні у медичних закладах функціонуватиме мережа адвокатів пацієнтів для оперативного вирішення конфліктів за принципом субсидіарності. Поряд із цим, вітчизняний механізм гостро потребує запровадження ефективних позасудових процедур компенсації завданої медичної шкоди, зокрема моделі «кваліфікованої медіації» у медичних спорах, яка б враховувала відповідність становища сторін та забезпечувала пацієнтам доступ до безоплатної правової допомоги під час процесу примирення.

Невід'ємним етапом розвитку права пацієнта на отримання медичної допомоги є поетапне впровадження інституту обов'язкового страхування професійної відповідальності лікарів, що гарантуватиме пацієнтам незалежне відшкодування, а медичних працівників захистить від необґрунтованих фінансових ризиків. У контексті глобальної цифровізації ключовим пріоритетом стає інтероперабельність української системи eHealth з європейською інформаційною інфраструктурою MyHealth@EU, що неможливо забезпечити без суворого дотримання стандартів Загального регламенту захисту даних (GDPR). Акцентовано на необхідності якнайшвидшої ратифікації Україною Конвенції Ов'єдо про права людини та біомедицину, яка є обов'язковим фундаментом для переходу до пацієнтоцентричної моделі охорони здоров'я, вільної від радянської територіальної прив'язки. Комплексна реалізація цих заходів дозволить подолати розрив між нормативним проголошенням права пацієнта на отримання медичної допомоги та його реальним забезпеченням в умовах відбудови медичної інфраструктури та безпрецедентних демографічних викликів війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. «Правда Руська» Ярослава Мудрого: початок вітчизняного законодавства : навч. посіб. / уклад. Г. Г. Демиденко, В. М. Єрмолаєв ; вст. сл. В. Я. Тація. 2-ге вид., змін. та допов. Харків : Право, 2017. 392 с.
2. Абрамович Д. І. Києво-Печерський патерик. Репринт. вид. 1931 р. Київ : Час, 1991. 278 с.
3. Абу Алі Ібн Сіна (Авіценна) та його внесок в медицину (до 1040-річчя від дня народження). Вінниця : ВНМУ, 2020. С. 5–7. URL: <https://vinmedlib.org.ua/images/Nata/AVIZENNA.pdf>
4. Академічне видання: Іларіон Київський. Слово о Законі і Благодаті / пер. та примітки П. Салевича. Львів : Спадщина предків, 2010. 124 с.
5. Андрейчин М. А. Підручнику з епідеміології академіка Д. К. Заболотного – 90 років. *Інфекційні хвороби*. 2017. № 4. С. 80–81. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2727.2017.4.8428>
6. Андріяка Г. О. Роль лікарняних закладів приказу громадської опіки у наданні первинної медико-санітарної допомоги населенню Київської губернії (1781–1904). *Проблеми історії України XIX – початку XX ст.* Київ, 2017. С. 25–40.
7. Аніщенко М. А. Принцип автономії пацієнта: проблеми правової регламентації в Україні. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2018. Т. 11, № 2 (27). С. 225–229.
8. Бахтіна К. Р. До питання про основні напрями розвитку прав пацієнтів за кордоном. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку* : матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. (Львів, 19–20 квіт. 2007 р.). Львів, 2007. С. 22–25. URL: https://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_022_02.pdf
9. Берзіна А. Б. Правове регулювання проведення медико-біологічних експериментів в Україні. *Порівняльно-аналітичне право*. 2018. № 6. С. 90–95. URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/704021.pdf>
10. Белоусов В. О. Нормативно-правове регулювання запобігання корупції у сфері охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Серія: Право*. 2023. № 4

(82). С. 419–423. DOI: 10.32782/1813-338X-2023.4.66. URL: https://law.stateandregions.zp.ua/archive/4_2023/68.pdf

11. Білий Д. О. Адміністративно-правовий захист прав пацієнтів медичної сфери : дис. ... д-ра філософії : 081 Право. Київ : КНЕУ ім. Вадима Гетьмана, 2022. 200 с.

12. Білий Д. О. Публічна адміністрація як суб'єкт захисту прав пацієнтів медичної сфери. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2022. Вип. 69. С. 218–223. URL: <https://visnyk-juris-uzhnu.com/wp-content/uploads/2022/03/39-1.pdf>

13. Білоцький В. Теорії та механізми медичного страхування: світовий досвід та реалізація в Україні. *Економіка та суспільство*. 2025. Вип. 73. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/download/5926/5865>

14. Блащук Т. В., Шелестюк Ю. С. Охорона прав пацієнтів в Україні та Європейському Союзі. *Public Health Journal*. 2022. Вип. 2. С. 12–17. DOI: 10.32782/pub.health.2022.2.2. URL: <https://journals.ostroh-academy.rv.ua/index.php/publichealth/article/download/10/9>

15. Бобрішова Л. В. Адміністративно-правове регулювання медичного забезпечення в Україні : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07. Дніпро, 2020. URL: https://er.dduvs.edu.ua/bitstream/123456789/10594/1/Бобрішова%20Л.В._%20Дисертація.pdf

16. Бобровник С. В. Правове регулювання суспільних відносин та реалізація права. *Правова держава*. Київ : Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького. Вип. 7. 104 с.

17. Булеца С. Б. Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми : дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.03. Одеса, 2016. 437 с.

18. Бюшенкамп Т. Л., Чайлдресс Дж. Ф. Принципи біомедичної етики / пер. з англ. ; за ред. О. І. Островської. Київ : Здоров'я, 2003. 456 с.

19. Вавринчук М. П., Пунда О. О. Діяльність омбудсменів в Україні як гарантія конституційних прав і свобод людини і громадянина. *Юридичний науковий*

електронний журнал. 2021. № 9. С. 142–145. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2021-9/33>. URL: http://www.lsej.org.ua/9_2021/35.pdf

20. Великий тлумачний словник сучасної української мови : 250 000 слів / уклад. та голов. ред. В. Т. Бусел. Київ ; Ірпінь : Перун, 2005. 1728 с.

21. Верхратський С. А., Заблудовський П. Ю. Історія медицини. Київ : Вища школа, 1991. 432 с.

22. Вїїзд з України: Вашї права в ЄС. URL: https://commission.europa.eu/topics/eu-solidarity-ukraine/eu-assistance-ukraine/information-people-fleeing-war-ukraine/fleeing-ukraine-your-rights-eu_uk

23. Вислоцька Т. Ю. Кримінально-правова охорона таємниці в Україні : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.08. Львів, 2017. 275 с.

24. Віденська декларація. URL: <https://necu.org.ua/videnska-deklaracziya/>

25. Вірхов Р. Звіт про епідемію тифу в Верхній Сілезії: соціальні причини захворюваності населення. *Соціальні причини захворюваності населення: історичний нарис* / за ред. І. П. Козлового. Київ : Либідь, 2004. С. 15–30.

26. Вовк О. Конституція Пилипа Орлика: оригінал та його історія. *Архіви України*. 2010. № 3–4. С. 145–166.

27. Волинка К. Г. Механізм забезпечення прав і свобод особи : питання теорії і практики : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.01 / Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України. Київ, 2000. 16 с.

28. Волинка К. Г. Теорія держави і права : навч. посіб. Київ : МАУП, 2003. 240 с.

29. Вороніна Н. В. Еволюція обов'язкового медичного страхування (досвід робітничої медицини). Одеса : Нац. ун-т «Одеська юридична академія», 2015. С. 40–42. URL: <https://dspace.onua.edu.ua/bitstreams/e0541ad2-e87a-4cdd-ae12-bfceb8c633aa/download>

30. Габермас Ю. Теорія комунікативної дії : у 2 т. Т. 2 : Комунікативний дискурс та мораль / пер. з нім. М. Папаян. Київ : Основи, 2003. 512 с.

31. Галай В. О. Захист прав пацієнтів у правозахисному механізмі в Україні. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку* : матеріали І

Всеукр. наук.-практ. конф. (Львів, 19–20 квіт. 2007 р.). Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2007. С. 67–72.

32. Ганьба О. Б. Особливості прояву окремих правових засобів механізму правового регулювання відносин у сфері прикордонної безпеки України. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Юридичні науки*. 2019. Т. 30 (69), № 5. С. 8–12.

33. Геглюк О. М. Характеристика законодавства у сфері охорони здоров'я. *Вісник юридичної науки КНУ імені Тараса Шевченка*. 2024. Т. 15, № 3. С. 48–56.

34. Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» : Декларація від 01.06.1964 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005

35. Гергелійник В. О. Взаємозв'язок конституційного права на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування з іншими соціальними правами людини. *Публічне право*. 2019. № 2 (34). С. 15–23.

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

37. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія. Тернопіль : Економічна думка, 2005. 460 с.

38. Голосніченко І. П. Попередження корисливих проступків засобами адміністративного права. Київ : Вища школа, 1991. 208 с.

39. Городовенко В. В., Паращич І. М. Захист прав пацієнтів у системі єдиного медичного простору: зарубіжний досвід і пропозиції для України. *Єдиний медичний простір України: правовий вимір* : монографія / за заг. ред. С. Г. Стеценка. Харків : Право, 2022. С. 494–497.

40. Горпинченко А. С. Медична допомога у козацькому війську. *Науковий журнал МОЗ України*. 2013. № 1 (2). С. 146–151.

41. Греца С. М. Правове забезпечення виконання конституційних обов'язків у країнах ЄС : монографія. Ужгород : РІК-У, 2021. 428 с.

42. Губаль Ю. В. Конституційно-правовий статус дитини в Україні та

Угорщині: порівняльно-правове дослідження : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.02. Ужгород, 2015. 207 с.

43. Губар О. Є. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу. *Фінанси України*. 2003. № 7. 130 с.

44. Гулямов Б. С. Християнський гуманізм соціальної доктрини Константинопольського патріархату : автореф. дис. ... канд. філос. наук : 09.00.14. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2021. 19 с. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/37946>

45. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів : наказ МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text>

46. Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 28.02.2020 р. № 587. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0236-20#Text>

47. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році : постанова КМУ від 22 груд. 2023 р. № 1394. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-%D0%BF#Text>

48. Деякі питання створення госпітальних округів : постанова КМУ від 27 листоп. 2019 р. № 1074. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text>

49. Дрогобич Ю. Прогностична оцінка поточного 1483 року магістра Юрія Дрогобича з Русі, доктора мистецтв і медицини Болонського університету : репродукція першої друкованої книжки українського автора / підгот. до друку та вступ. ст. Я. О. Ісаєвича. Львів, 1968. 26 с.

50. Дутко А. О., Ковбаса К. П. Особисті немайнові права пацієнта – види, способи та форми захисту. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2023. № 3. С. 50–55. URL: <https://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/264466/260638>

51. Європейська конвенція про захист прав людини і основоположних свобод. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_004

52. Європейська соціальна хартія (переглянута) : Страсбург, 03.05.1996 р., ратифікована Україною 14.09.2006 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text
53. Європейська хартія прав пацієнтів : прийнята 15.11.2002 р. URL: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co_108_en.pdf
54. Єрмілов В. Громадська фабрично-заводська медицина на Півдні України у XIX – на початку XX ст. *Етнічна історія народів Європи*. 2010. Вип. 31. С. 120–124.
55. Житник М. М. Благодійність у соціально-філософській ретроспективі та перспективі. *Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка*. 2015. Вип. 2. С. 43–49.
56. Загальна декларація прав людини ООН від 10 грудня 1948 р. URL: http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995_015
57. Загальна теорія права : підручник / за заг. ред. М. І. Козюбри. Київ : Ваіте, 2015. 392 с.
58. Загальна теорія права : підручник / за ред. О. В. Петришина ; [наук. ред.: Д. В. Лук'янов, С. І. Максимов, В. С. Смородинський] ; Нац. акад. прав. наук України ; Нац. юрид. ун-т ім. Ярослава Мудрого. Вид. 2-ге, виправ. й перероб. Харків : Право, 2025. 576 с.
59. Загальна теорія права. Нормативний курс : підручник для студентів-юристів / кол. авт. ; за ред. д-ра юрид. наук, проф. С. В. Бобровник. 2-ге вид., стереотип. Київ : Юрінком Інтер, 2023. 596 с.
60. Затверджено порядок реалізації Програми медичних гарантій на 2026 рік – рішення Уряду. URL: <https://moz.gov.ua/uk/zatverdzheno-poryadok-realizaciyi-programi-medichnih-garantij-na-2026-rik-rishennya-uryadu>
61. Звіт про внутрішнє переміщення в Україні. Опитування загального населення. Раунд 13. Червень 2023 року. Київ : Міжнародна організація з міграції (МОМ), 2023. 21 с. URL: https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd11461/files/reports/IOM_Ukraine_Internal%20Dis

[placement%20Report_Round%2013%20%28June%202023%29_ENG-UKR.pdf](#)

62. Зюков О. Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «якість медичної допомоги». *Охорона здоров'я України*. 2007. № 3–4 (27–28). С. 54–59.

63. Історія медицини : курс лекцій для магістрів 1–3 курсів медичних факультетів денної форми навчання галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальностей 221 «Стоматологія», 222 «Медицина», 228 «Педіатрія» / уклад. І. Г. Утюж, М. О. Мегрелішвілі. Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. 132 с.

64. Калашник О. М. Механізм правового регулювання цивільних відносин як об'єкт наукових досліджень: генеза та сутність. *Юридичний часопис Національної академії внутрішніх справ*. 2017. № 2 (14). С. 136–149. URL: <https://elar.naiu.kiev.ua/server/api/core/bitstreams/143e6c2c-2773-4045-bebe-d8a0350a3d56/content>

65. Карпишин Н. І. Еволюція фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. *Фінанси України*. 2001. № 10. С. 145–151.

66. Кархут О. Я. Механізм правового регулювання суспільних відносин у сфері освіти: теоретико-правовий аспект : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.01. Київ, 2014. 185 с.

67. Катинська Л. Р. Право на своєчасну медичну допомогу: механізм забезпечення. *Медичне право України*. 2023. № 1 (31). С. 43–51.

68. Катинська С. Правові аспекти надання паліативної допомоги в Україні. *Наукові записки НаУКМА. Юридичні науки*. 2020. № 3. С. 25–31.

69. Качмар М. М. Реалізація права на медичну допомогу в Україні : дис. ... д-ра філософії : 081 Право. Львів, 2024. URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/8883/1/%D0%9A%D0%B0%D1%87%D0%BC%D0%B0%D1%80%20%D0%94%D0%B8%D1%81_.pdf

70. Кельман М. С., Мурашин О. Г. Загальна теорія держави та права : підручник. Київ : Кондор, 2005. 609 с.

71. Клещенко Н. О. Виконання як форма реалізації норм права в період воєнного стану: проблеми та гарантії забезпечення. *Правова держава*. 2026. № 37. С. 222–230. DOI: 10.33663/0869-2491-2026-37-222-230.

72. Клещенко Н. О. Класифікація форм реалізації права: сутнісні та змістові виміри. *Правова держава*. 2025. № 36. С. 186–194. DOI: 10.33663/0869-2491-2025-36-186-194.
73. Клещенко Н. О. Механізм держави в забезпеченні виконання норм права в умовах війни: правові та інституційні аспекти. *Альманах права*. 2026. № 17. С. 325–330. DOI: 10.33663/2524-017X-2026-17-325-330.
74. Ковальова О. М. Інформована згода: медичні, етичні та правові аспекти. *Український терапевтичний журнал*. 2020. № 2. С. 69–74. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/26855/1/206871-465082-1-SM.pdf>
75. Ковригіна В. Є. Співвідношення детермінант «право на охорону здоров'я» та «право на медичну допомогу». *Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ*. 2016. № 3. С. 219–230. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvknuvs_2016_3_21
76. Козаченко Ю. А. Адміністративно-правове регулювання забезпечення прав пацієнта в Україні : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07. Харків, 2016. 210 с.
77. Козаченко Ю. А. Адміністративно-правове регулювання забезпечення прав пацієнта в Україні : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07. Харків : НАУ ім. Ярослава Мудрого, 2016. 24 с. URL: http://nauka.nlu.edu.ua/download/diss/Kozachenko/a_Kozachenko.pdf
78. Козловська Л. В. Функції юридичних фактів у динаміці підстав спадкових правовідносин. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2015. Вип. 30. С. 133–134.
79. Козюбра М. І. Принципи верховенства права і правової держави: єдність основних вимог. *Наукові записки НаУКМА*. 2007. Т. 64. С. 3–9.
80. Колісникова Г. В., Стогній О. А. Правове регулювання надання якісних медичних послуг в Україні. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2020. № 7. С. 106–108. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2020-7/25>
81. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину (Ов'єдо, 4 квітня 1997 р.). *База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України*.

URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/994_334

82. Конвенція про права дитини : прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 20.11.1989 р., ратифікована Україною 27.09.1991 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text

83. Конвенція про права осіб з інвалідністю (неофіційний стислий виклад) / Організація Об'єднаних Націй. URL: <https://www.coe.int/uk/web/compass/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities>

84. Конвенція про права осіб з інвалідністю : від 13.12.2006 р. *База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України.* URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/995_g71

85. Конституція (Основний Закон) Союзу Радянських Соціалістичних Республік : прийнята 7 жовт. 1977 р. *Офіц. текст.* URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/n0001400-77>

86. Конституція України : Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України.* 1996. № 30. Ст. 141. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>

87. Корнілова О. В. Медична допомога як вид соціального забезпечення : монографія. Харків : Фенікс, 2021. 214 с.

88. Корнілова О. В. Медична допомога як вид соціального забезпечення : дис. ... д-ра філософії : 081 Право. Одеса : Нац. ун-т «Одеська юридична академія», 2021. 262 с.

89. Коробцова Н. В. Згода на медичне втручання: проблемні питання. *Проблеми цивільного права та процесу* : матеріали конф. Харків, 2019. С. 154–157.

90. Коросташова І. М. Механізм адміністративно-правового регулювання як правова категорія та багатоаспектне явище. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України.* 2019. № 1. С. 52–61.

91. Коструба А. Цивільне правовідношення в механізмі правового регулювання. *Вісник Національної академії правових наук України.* 2014. № 1. С. 112–120. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vapny_2014_1_13

92. Костюк В. М. Характеристика механізму правового регулювання сфери освіти. *Митна справа*. 2011. № 4 (76), ч. 2. С. 361–367.
93. Котвіцька А. А., Кубарєва І. В., Горбаньов В. В. Дослідження наукової спадщини Галена та його внесок в розвиток медицини та фармації. Харків : Національний фармацевтичний університет, 2017. С. 214–216.
94. Краснікова О. В. Медіація у медичній сфері як різновид бізнес-медіації. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2023. № 9. С. 88–91. DOI: 10.32782/2524-0374/2023-9/20. URL: https://www.lsej.org.ua/9_2023/20.pdf
95. Кривицький Ю. В. Механізм правового регулювання та правова система: співвідношення правових категорій. *Підприємництво, господарство і право*. 2008. № 8. С. 78–81.
96. Кривицький Ю. В. Спеціалізовані норми права в механізмі правового регулювання : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.01. Київ, 2010. 260 с.
97. Криничко Ф. Р. Громадське здоров'я як суспільне благо: державно-управлінський аспект. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 7. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1890>
98. Кройтор В. А. Заклади охорони здоров'я як спеціальні суб'єкти медичних правовідносин в умовах подальшого реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Юриспруденція*. 2023. № 65. С. 38–42. DOI: 10.32782/2307-1745.2023.65.8. URL: <https://www.vestnik-pravo.mgu.od.ua/archive/juspradenc65/8.pdf>
99. Латинська мова : навч. посіб. / В. І. Семілетко, С. Б. Столбецька, С. Д. Карпенко. Київ : Аграрна освіта, 2011. 169 с.
100. Лисиченко Л. А. Механізм реалізації та захисту прав пацієнтів в Україні : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.03. Харків : НЮУ ім. Ярослава Мудрого, 2021. 24 с. URL: https://dspace.nlu.edu.ua/bitstream/123456789/19391/1/Lysnychna_aref.pdf
101. Лісабонська декларація стосовно прав пацієнта. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/990_016
102. Лісничка О. А. Права пацієнтів у міжнародних документах і

національному законодавстві України. *KELM*. 2020. № 4 (32), ч. 2. С. 69–75. DOI: <https://doi.org/10.51647/kelm.2020.4.2.14>

103. Літінська Я. Г. Деякі аспекти впровадження та вдосконалення форми контролю за якістю надання медичної допомоги. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)* : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 17–18 квітня 2008 р.). Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2008. С. 149–154.

104. Логвиненко Б. О. Науково-практичний коментар до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Київ : ВД «Дакор», 2021. 272 с. URL: <https://er.dduvs.edu.ua/bitstream/123456789/10886/1/НПК%20Основи%20ОЗ%20Логвиненко%20.pdf>

105. Лок Дж. Два трактати про правління / пер. з англ. П. Содомора. Київ : Наш Формат, 2020. 312 с.

106. Лупина О. М. До питання про поняття медичної допомоги в системі соціального забезпечення фізичних осіб. *Форум права*. 2012. № 2. С. 415–419.

107. Ляшко І. Я. Правове регулювання медичних правовідносин в Україні: позитивістський підхід. Київ : Аграрна наука, 2021. 312 с.

108. Майданик Р. А. Договір про надання медичних послуг. *Медичне право*. 2010. № 5. С. 52–66.

109. Маковій В. П. Співвідношення публічного та приватного інтересу у сфері надання медичних послуг за програмою медичних гарантій. *Науково-інформаційний вісник Івано-Франківського університету права імені Короля Данила Галицького. Серія: Право*. 2020. № 10 (22). С. 118–124. URL: https://visnyk.iful.edu.ua/wpcontent/uploads/2021/02/118-124_Маковій.pdf

110. Марков Ю. І., Жежер А. О. Інформована згода в клінічній практиці. *Медицина невідкладних станів*. 2019. № 2 (97). С. 15–24.

111. Маруненко І. М., Тимчик О. В. Медико-соціальні основи здоров'я : навч. посіб. Київ : Київськ. ун-т ім. Бориса Грінченка, 2016. 331 с.

112. Матвеев С. О., Музиченко Г. В. Соціальна політика Отто фон Бісмарка і сучасність. *Український історичний журнал*. 2008. № 6. С. 134–149.

113. Матвієнко Ю. О., Матвієнко Я. В. Система охорони здоров'я малих країн Європи (Огляд проблеми). *Феномен людини. Здоровий спосіб життя*. 2022. Вип. 105 (171). С. 41–58. URL: https://library.dmed.org.ua/uploads/files/2024-12/1735293018_fl105-2.pdf
114. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я Словаччини. *Медицина світу*. 2015. URL: <http://msvitu.com/archive/2015/october/article-9.php>
115. Медвідь А. О. Соціальний захист бездомних осіб та безпритульних дітей : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.05. Одеса, 2015. 241 с.
116. Медичне право : підручник / за заг. ред. С. Б. Булеци, М. В. Менджул. Ужгород : РІК-У, 2021. 720 с.
117. Мельничук О. А. Страхування інвалідності і старості в Німеччині наприкінці XIX – початку XX ст. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету ім. М. Коцюбинського. Серія: Історія*. 2015. Вип. 23. С. 158–165.
118. Менделя О. О. Договір страхування цивільно-правової відповідальності закладів охорони здоров'я : дис. ... канд. юрид. наук : 081 Право. Київ, 2023. URL: <https://repository.ndippp.gov.ua/handle/765432198/787>
119. Миронова Г. А. Абсолютні права людини у сфері охорони здоров'я: які є правові підстави обмеження. *Медичне право*. 2021. № 2 (28). С. 57–70. URL: <https://repository.ndippp.gov.ua/handle/765432198/425>
120. Миронова Г. А. Збалансування приватноправових та публічно-правових засад у сфері охорони здоров'я в умовах нових загроз суспільному благополуччю. *Приватне право і підприємництво* : зб. наук. пр. 2025. Вип. 25. С. 203–211.
121. Миронова Г. А. Право на медичну допомогу: цивільно-правова характеристика. *Цивільне право та цивільний процес: актуальні питання*. С. 67–70.
122. Миронова Г. А. Сучасні тренди у збалансуванні приватних прав та публічного інтересу у сфері охорони здоров'я. *Правові аспекти подолання викликів у сфері охорони здоров'я* : зб. матеріалів круглого столу. Київ : НДІ приватного права і підприємництва ім. акад. Ф. Г. Бурчака НАПрН України, 2024. С. 69–76.

123. Миронова Г., Деревянко Б., Муляр Г. Забезпечення прав пацієнтів у відносинах з надання транскордонних медичних послуг. *Приватне право і підприємництво*. 2023. Вип. 22. С. 39–49. DOI: <https://doi.org/10.32849/2409-9201.2023.22.5>
124. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права : Міжнародний документ ООН від 16.12.1966 р. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_042
125. Міністерство охорони здоров'я України : [офіційний сайт]. URL: <https://www.kmu.gov.ua/catalog/ministerstvo-okhoroni-zdorovya-ukraini>
126. Мінцер О. П., Мироненко Н. В., Сіненко Н. О., Новик А. М. Партисипація пацієнтів як елемент забезпечення безпеки надання медичної допомоги – особливості дистанційного формату. *Медична інформатика та інженерія*. 2019. № 4. С. 76–79. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mii_2019_4_13
127. Мірошніченко Д. Пироговські з'їзди лікарів та їх вплив на розробку профілактичних засад земської медицини в 1885–1919 рр. *Молодь і ринок*. 2012. № 9 (92). С. 62–67.
128. МОЗ затвердив Порядок надання первинної медичної допомоги. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-zatverdiv-poryadok-nadannya-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi>
129. Москаленко К. В. Пацієнт як суб'єкт медичних правовідносин: окремі проблеми. *Журнал східноєвропейського права*. 2019. № 69. С. 150–155. URL: https://easternlaw.com.ua/wp-content/uploads/2019/11/moskalenko_69.pdf
130. Мостовенко О. С. Співвідношення понять «медична допомога» та «медична послуга» в контексті реалізації конституційних прав громадян. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2017. Вип. 44, т. 1. С. 60–65.
131. Мургустова З. О. Механізм реалізації права на охорону здоров'я та медичну допомогу. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2024. Вип. 20. С. 45–54.
132. Назарко Ю. В. Конституційне право на охорону здоров'я в Україні та

державих Європейського Союзу: порівняльно-правове дослідження : дис. ... д-ра філософії : 081 Право. Київ : Нац. акад. внутрішніх справ, 2019. URL: [https://elar.navs.edu.ua/server/api/core/bitstreams/ef09352b-db76-48cb-b221-](https://elar.navs.edu.ua/server/api/core/bitstreams/ef09352b-db76-48cb-b221-8dd80f9aa635/content)

[8dd80f9aa635/content](https://elar.navs.edu.ua/server/api/core/bitstreams/ef09352b-db76-48cb-b221-8dd80f9aa635/content)

133. Назарко Ю. В., Камінська Н. В. Конституційне право на охорону здоров'я в Україні та державах Європейського Союзу: порівняльно-правове дослідження : монографія. Київ : Центр учбової літератури, 2017. 540 с.

134. Налуцишин В. В. Правове регулювання надання психіатричної допомоги: досвід держав Європи. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2020. № 2. С. 470–474. DOI: 10.32782/2524-0374/2020-2/122. URL: https://lsey.org.ua/2_2020/124.pdf

135. Наулік Н. С. Інститут медичного омбудсмана в Україні: запровадження та перспективи розвитку. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)* : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (Львів, 17–18 квіт. 2008 р.). Львів, 2008. С. 210–212. URL: https://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_210_01.pdf

136. Національна служба здоров'я України : [офіційний сайт]. URL: <https://ukc.gov.ua/knowledge/ofitsijnyj-sajt-natsionalnoyi-sluzhby-zdorov-ya-ukrayiny/>

137. Нікітіна Т. О. Специфіка медичних послуг (допомоги) в контексті реформування системи медичного обслуговування населення. Київ : Ін-т права ім. В. М. Корецького, 2025. 48 с.

138. Оніщенко Н. М. До питання про дію права (теоретико-правові аспекти дослідження). *Судова апеляція*. 2009. № 1 (14). С. 11–16.

139. Опарін О. А. Лікарі, лічці, волхви та інші цілителі Київської Русі. *Українські медичні вісті*. 2021. Т. 13, № 3 (88). С. 205–211. DOI: <https://doi.org/10.32471/umv.2709-6432.88.1817>

140. Опольська Н. М. Механізм забезпечення прав та свобод людини у динамічному вимірі. *Підприємництво, господарство і право*. 2019. № 4. С. 191–196. URL: <http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2019/4/37.pdf>

141. Оптимальний обсяг практики – баланс між інтересами лікаря та пацієнта. URL: <https://rocutcentr.pmsd.org.ua/novini/optymalnyj-obsyag-praktyky-balans-mizh-interesamy-likarya-ta-patsiyenta/>
142. Організація медичного забезпечення військ : підручник / М. І. Бадюк, Ф. М. Левченко, В. П. Токарчук [та ін.] ; за ред. В. В. Паська. Київ : КНТ, 2022. 430 с.
143. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
144. Островська Б. В. Добровільна інформована згода на біомедичні втручання як складова прав людини. *Філософські та методологічні проблеми права*. 2018. № 1–2 (15–16). С. 170–185.
145. Островська Б. В. Розвиток біоетики в міжнародному праві як глобальної платформи для розв'язання проблем прав людини. *Філософські та методологічні проблеми права*. 2019. № 1 (17). С. 25–35.
146. Охорона здоров'я і права людини : ресурсний посібник / за наук. ред. І. Я. Сенюти. 5-те вид., доп. Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2015. 989 с. URL: https://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/PDF/ресорс/Ресорс_вступ_introduction_.pdf
147. Парамонова О. С. Правове регулювання медичної діяльності на українських землях у X–XIX ст. *Вісник Черкаського університету. Серія: Історичні науки*. 2017. № 3. С. 107–114. URL: <https://history-ejournal.cdu.edu.ua/article/download/2503/2602>
148. Патерик Києво-Печерський / упоряд., адапт. укр. мовою, дод. і прим. І. Жиленко ; відп. ред. В. М. Колпакова. 2-ге вид. Київ : Вид. дім «КМ Academia», 2001. 348 с.
149. Пашков В. М. Діяльність омбудсмена з прав пацієнтів як засіб регулюючого впливу держави. *Економічна теорія та право*. 2015. № 3. С. 124–136. URL: <https://dspace.nlu.edu.ua/handle/123456789/12044>
150. Пашков В. М. Проблеми правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я (господарсько-правовий контекст) : монографія. Київ : Моріон, 2009. 448 с.

151. Пашнєв В. Трансформація механізмів публічного адміністрування в охороні здоров'я в умовах децентралізації. *Актуальні проблеми інноваційної економіки та права*. 2025. № 3. С. 12–15. DOI: <https://doi.org/10.36887/2524-0455-2025-3-2>. URL: https://apie.org.ua/wp-content/uploads/2025/06/apie_2025_r03_a02.pdf
152. Петришин О. Верховенство права в системі правового регулювання суспільних відносин. *Право України*. 2010. № 3. С. 24–35.
153. Погребняк С. П. Основоположні принципи права: свобода, справедливість, рівність. Харків : Право, 2008. 240 с.
154. Погрібний І. М. Проблема співвідношення правового впливу та правового регулювання у теорії права. *Теоретичні проблеми правознавства*. 2006. С. 529–540.
155. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки, безперервного професійного розвитку та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я : Закон України від 12.02.2025 р. № 4246-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4246-20#Text>
156. Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : постанова КМУ від 05.02.2026 р. № 148. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/148-2026-%D0%BF#Text>
157. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 : наказ МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text>
158. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
159. Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України : Указ Президента України від 08.08.2000 р. № 963/2000. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/963/2000>
160. Про забезпечення робітників на випадок хвороби : Закон Російської імперії від 23 червня 1912 р. *Собрание узаконений и распоряжений правительства*. 1912. 11 июля. Отд. I. Ст. 1229. (3-е Полное собрание законов Российской Империи,

т. 32, № 37446). URL: <https://docs.historyrussia.org/ru/nodes/8462>

161. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : постанова КМУ від 02.03.2016 р. № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text>

162. Про затвердження Положення про державну реєстрацію нормативно-правових актів міністерств та інших органів виконавчої влади : постанова КМУ від 28.12.1992 р. № 731. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/731-92-%D0%BF#Text>

163. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників : постанова КМУ від 14.07.2021 р. № 725. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-polozhennya-pro-sistemu-bezperernogo-profesijnogo-rozvitku-medichnih-ta-farmaceutichnih-pracivnikiv-725-140721>

164. Про затвердження Порядку допуску відвідувачів до пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні у відділенні інтенсивної терапії : наказ МОЗ України від 15.06.2016 р. № 592. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0883-16#Text>

165. Про затвердження Порядку надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях : наказ МОЗ України від 17 верес. 2022 р. № 1695. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1155-22#Text>

166. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>

167. Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які в установленому законодавством порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду : наказ МОЗ України від 28.02.2020 р. № 586. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0235-20#Text>

168. Про затвердження Правил виклику бригад екстреної (швидкої)

медичної допомоги та Порядку транспортування пацієнтів (постраждалих) бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги у заклади охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 26 берез. 2021 р. № 583. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-21#Text>

169. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування : наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0661-12>

170. Про захист прав пацієнтів : проєкт Закону України від 06.12.2007 р. *LIGA:ZAKON*. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/LF0VG00A>

171. Про лікарські засоби : Закон України. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 22. Ст. 86.

172. Про медіацію : Закон України від 16 листопада 2021 р. № 1875-IX. *Відомості Верховної Ради України*. 2022. № 5. Ст. 31. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1875-20>

173. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1997. № 24. Ст. 170. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80/print>

174. Про місцеві державні адміністрації : Закон України від 09.04.1999 р. № 586/14. *Відомості Верховної Ради України*. 1999. № 20–21. Ст. 190. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14#Text>

175. Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події : постанова КМУ від 16 грудня 2020 р. № 1271. *Урядовий кур'єр*. 2020. № 248.

176. Про порядок контролю якості медичної допомоги : наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>

177. Про права пацієнтів : проєкт Закону України від 01.03.2013 р. № 2438. *LIGA:ZAKON*. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JG1VQ00A?an=3>

178. Про соціальне забезпечення трудящих : положення від 31.10.1918 р. : затв. РНК РСФСР. *Известия ЦИК*. 1919. 18 марта. № 59.

179. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : наказ МОЗ України від 28 верес. 2012 р. № 751. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>

180. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні : наказ МОЗ України від 04 черв. 2020 р. № 1308. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>

181. Про уповноваженого з медичних питань : проєкт Закону України від 19 квіт. 2021 р. № 5400. URL: <https://yur-gazeta.com/dumka-eksperta/chi-potriben-ukrayini-medichniy-ombudsmen-zakonoproekt-5400.html>

182. Пунда О. О. Поняття особистих немайнових прав, що забезпечують природне існування людини. *Актуальні проблеми держави і права* : зб. наук. пр. / редкол.: С. В. Ківалов (голов. ред.) [та ін.]. Одеса : Юрид. л-ра, 2014. Вип. 74. С. 197–204.

183. Рабінович П. М. Міжнародні стандарти прав людини: властивості, загальне поняття, класифікація. *Вісник Національної академії правових наук України*. 2016. № 1 (84). С. 19–29. URL: <https://visnyk.kh.ua/uk/journals/visnik-naprn-1-2016r/mizhnarodni-standarti-prav-lyudini-vlastivosti-zagalne-ponyattya-klasifikatsiya>

184. Рабінович П. М. Основи теорії та філософії права : навч. посіб. Львів : Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2021. 256 с. URL: https://fpk.in.ua/images/biblioteka/3fmb_finan/Rabinovych-theory_philosophy_prava_posibnik_2021.pdf

185. Рабінович П. О. Біосоціальна сутність основоположних людських прав. *Вісник Національної академії правових наук України*. 2015. № 4 (83). С. 14–17.

186. Радиш Я. Ф., Євтушенко В. В. Народна медицина Київської Русі: видатні представники. *Фітотерапія*. 2016. № 2. С. 4–6. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fch_2016_2_2

187. Радиш Я. Ф., Занфірова Т. А. Етико-правові засади регулювання медичної діяльності в Україні (за матеріалами літературних джерел). *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче*

забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) : матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (Львів, 17–18 квіт. 2008 р.). Львів, 2008. URL: https://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_124_01.pdf

188. Радченко О. В. Категорія «механізм» у системі державного управління. *Державне управління та місцеве самоврядування* : зб. наук. пр. / за заг. ред. Г. І. Мостового, Г. С. Одінцової. Харків, 2001. Вип. 2. С. 10.

189. Ратифікація Конвенції Ов'єдо : електронна петиція № 22/097410-еп. URL: <https://petition.president.gov.ua/petition/97410>

190. Рахункова палата. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, спрямованих Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу : рішення Рахункової палати від 25 трав. 2021 р. № 11-3. Київ, 2021. 57 с. URL: https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2021/11-3_2021/Zvit_11-3_2021.pdf

191. Риндюк В. І., Кучинська О. Ю. Адаптація національного законодавства до права ЄС: досвід держав-членів та держав-кандидатів для України. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2024. Вип. 82, ч. 1. С. 120–126. DOI: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.82.1.17>

192. Рікер П. Сам як інший / пер. з фр. В. Андрушко, О. Сирцова ; наук. ред. і післямова К. Сігов. 2-ге вид. Київ : Дух і Літера, 2002. 450 с.

193. Рішення Європейського суду з прав людини у справі «Луцьов проти України» : заява № 4725/13 від 22.10.2015 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974_b09#Text

194. Рішення ЄСПЛ у справі «Ельберте проти Латвійської Республіки» : заява № 61243/08 від 13 січня 2015 р. URL: http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/pdf/11_SPRAVA.pdf

195. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29 травня 2002 р. № 10-рп/2002. *Офіційний*

вісник України. 2002. № 23. Ст. 1098. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#Text>

196. Ролз Дж. Теорія справедливості / пер. з англ. О. Мокровольського. Київ : Основи, 2001. 822 с.

197. Россильна О. Адаптація законодавства України у сфері електронних даних про здоров'я до права Європейського Союзу. *Право України*. 2024. № 9. С. 64–73. DOI: 10.33498/loou-2024-09-064. URL: https://pravoua.com.ua/storage/files/magazines/files/article-pravo_2024_9-s4136.pdf

198. Савицька Н. І., Мочульська О. М. Формування правової компетентності керівників медсестринства на етапі післядипломної освіти. *Медична освіта*. 2019. № 2. С. 107–113. DOI: 10.11603/me.2414-5998.2019.2.9872. URL: https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/med_osvita/article/download/9872/9923/

199. Савчин М. В. Конституціоналізм і природа конституції : монографія. Ужгород : Поліграфцентр «Ліра», 2009. 372 с.

200. Сауляк А. С., Темірова Н. Р. Медицина часів Русі. URL: https://jvestnik-sss.donnu.edu.ua/article/view/11203?utm_source

201. Сенюк Ю. І., Надюк З. О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*. 2020. № 2. С. 211–220. DOI: <https://doi.org/10.32840/pdu.2020.2.32>

202. Сенюта І. Закон України про паліативну допомогу: to be or not to be. *Теорія і практика інтелектуальної власності*. 2024. № 3. URL: https://library.dmed.org.ua/uploads/files/2024-12/1735117966_zakon-ukrainy.pdf

203. Сенюта І. Підстави виникнення правовідносин у сфері надання медичної допомоги: деякі аспекти. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2018. Т. 1, № 50. С. 107–110.

204. Сенюта І. Я. Вважаю за необхідне розробити й прийняти Медичний кодекс України. *Юридична газета*. 2020. № 13 (719). URL: <https://yur-gazeta.com/interview/vvazhayu-za-neobhidne-rozrobiti-y-priynyati-medichniy-kodeks-ukrayini.html>

205. Сенюта І. Я. Захист прав суб'єктів медичних правовідносин: деякі

теоретико-правові аспекти. *Бюлетень Міністерства юстиції України*. 2011. № 4. С. 11–18.

206. Сенюта І. Я. Цивільні правовідносини у сфері проведення медичних дослідів. *Медичне право*. 2018. № 1 (21). С. 42–53.

207. Сенюта І. Я. Цивільно-правове регулювання відносин у сфері надання медичної допомоги: питання теорії і практики : монографія. Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2018. 640 с.

208. Сенюта І. Я., Клапатий Д. Й. Психіатрична допомога: механізми забезпечення прав пацієнтів та їхніх законних представників : навч.-практ. посіб. Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2013. 66 с.

209. Сидоренко С. В. Розвиток народної та монастирської медицини Київської Русі. *Філософсько-гуманітарні читання* : зб. наук. пр. за результатами Міжнар. наук.-практ. конф. «Духовність та милосердя в сучасній медичній практиці» з нагоди 140-річчя від дня народження В. Ф. Войно-Ясенецького. Дніпро : ДЗ «ДМА», 2017. С. 249–253.

210. Сидорчук А. А. Теоретичні аспекти державного соціального страхування. *Український соціум*. 2012. № 3 (42). С. 105–120.

211. Система страхових внесків. *Družba Slovensko-Ukrajina*. URL: <https://sk-ua.org/uk/система-страхових-внесків/>

212. Сізінцова Ю. Ю. Інформована згода на медичне втручання: юридичний захист пацієнтів і медичних працівників. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2013. № 23. С. 266–269.

213. Скалецька З. С. Забезпечення соціальної справедливості в реалізації права на охорону здоров'я: конституційні підходи під час воєнного стану. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2025. Вип. 91, ч. 1. С. 259–265. DOI: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2025.91.1.38>. URL: <https://visnyk-juris-uzhnu.com/wp-content/uploads/2025/11/40.pdf>

214. Скалецька З. С. Співвідношення права на охорону здоров'я та права на медичну допомогу. *Наукові записки НаУКМА. Юридичні науки*. 2009. Т. 90. С. 91–93. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/5955>

215. Скриннікова К. О. Кваліфікація лікарських (медичних) помилок. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2023. Вип. 80, ч. 1. DOI: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2023.80.1.35>. URL: <https://visnyk-juris-uzhnu.com/wp-content/uploads/2024/01/37.pdf>
216. Сміянова О. І. Страхова модель системи охорони здоров'я Бісмарка на прикладі систем охорони здоров'я Німеччини та Франції. URL: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-5-Healthcare-systems.pdf>
217. Собчук Ю. Г. Юридичні факти в механізмі правового регулювання відносин неплатоспроможності банків. *Правовий вісник Української академії банківської справи*. 2012. № 1 (6). С. 106.
218. Соловійов В. М. Поняття і сутність правового регулювання державного управління України. *Університетські наукові записки*. 2007. № 3. С. 27–33. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2007_3_7.
219. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підручник / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. 680 с. URL: https://chtyvo.org.ua/authors/Moskalenko_Vitalii/Sotsialna_medytsyna_ta_orhanizatsiia_okhorony_zdorovia.pdf
220. Соціальна медицина, громадське здоров'я : навч. посіб. : у 4 т. / за заг. ред. В. А. Огнєва. Харків : ХНМУ, 2023. Т. 2 : Громадське здоров'я. 324 с.
221. Способи захисту прав пацієнта в Україні : посібник / упоряд. О. П. Петрова. Київ : Юридичні клініки в Україні, 2022. 120 с. URL: <https://legalclinics.in.ua/wp-content/uploads/KNYGA-Sposoby-zahystu-prav-patsiyentiv.pdf>
222. Справа «Прітті проти Сполученого Королівства» : заява № 2346/02 від 29 квітня 2002 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/980_210#Text
223. Степанов Ю. М., Кононов І. М., Латфуліна А. В., Шендрік Л. М. Взаємовідносини лікаря та пацієнта – основа ефективного лікування. *Медична освіта*. 2011. № 1. С. 80–81. DOI: <https://doi.org/10.11603/me.v0i1.818>. URL: https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/med_osvita/article/view/818

224. Стеценко В. Ю. *Обов'язкове медичне страхування в Україні (адміністративно-правові засади запровадження)* : монографія. Київ : Атіка, 2010. 320 с.
225. Стеценко С. Г. *Адміністративне право України* : навчальний посібник. Київ : Атіка, 2007. 624 с.
226. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. *Медичне право України* : підручник / за заг. ред. С. Г. Стеценка. Київ : Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. 507 с.
227. *Стратегія розвитку Національної академії медичних наук України на період до 2030 року*. URL: <https://amnu.gov.ua/strategiya-rozvytku-naczionalnoyi-akademiyi-medychnyh-nauk-ukrayiny-na-period-do-2030-roku/>
228. Сунегін С. О. Виконання як форма реалізації права в умовах сучасного технологічного розвитку. *Правова держава*. 2026. № 37. С. 162–173. DOI: 10.33663/0869-2491-2026-37-162-173.
229. Сунегін С. О. Права людини в умовах глобальних криз: перспективи розвитку. *Правова держава*. 2025. № 36. С. 38–48. DOI: 10.33663/0869-2491-2025-36-38-48. URL: <https://pravova-derzhava.org/assets/images/issues/36/law-state-36-2025-03-06-2025-typography2-1.pdf>
230. Сунегін С. О. Юридичні обов'язки та їх виконання в контексті сучасної цифровізації: питання онтології та гносеології. *Альманах права*. 2026. № 17. С. 436–449. DOI: 10.33663/2524-017X-2026-17-436-449.
231. Сятиня М. Л. *Історія фармації* : навч. посіб. для вищ. навч. закл. / відп. ред. О. П. Реєнт. Львів : [б. в.], 2002. 660 с.
232. *Теорія держави і права. Академічний курс* : підручник / О. В. Зайчук [та ін.] ; за ред. О. В. Зайчука, Н. М. Оніщенко. 2-ге вид. Київ : Юрінком Інтер, 2008. 688 с.
233. *Теорія держави та права* : навч. посіб. / В. П. Власенко та ін. ; за заг. ред. С. Д. Гусарева. Київ : 7БЦ, 2022. 472 с.
234. *Теорія держави та права* : навч. посіб. / Є. В. Білозьоров [та ін.] ; за заг. ред. С. Д. Гусарева, О. Д. Тихомирова. Київ : НАВС, Освіта України, 2017. 320 с.

235. Теорія держави та права : посіб. для підготов. до іспитів / С. М. Тимченко [та ін.]. 3-тє вид. Київ : Паливода А. В., 2007. 176 с.
236. Терзі О. О., Ляхова Н. О., Плужнікова Т. В. Правові та етичні засади громадського здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я*. 2019. № 3 (85). С. 104–121.
237. Тихомиров О. О., Мікуліна М. М., Іванов Ю. А. [та ін.]. Теорія держави і права : навч. посіб. для підгот. фахівців з інформаційної безпеки. Київ : Кондор-Видавництво, 2016.
238. Токарева К. С. Медіація у спорах щодо охорони здоров'я. *Наше право*. 2020. № 4. С. 39–46. DOI: 10.32782/NP.2020.4.7. URL: <https://nashe-pravo.unesco-socio.in.ua/wp-content/uploads/2021/01/39- Tokaryeva.pdf>
239. Трач В. М. «Живемо під знаком гігієни»: професійні з'їзди другої половини ХІХ – початку ХХ ст. та розвиток гігієнічного руху в Галичині. *Дослідження з історії і філософії науки і техніки*. 2019. Т. 28, № 2. DOI: 10.15421/271912. URL: <https://doi.org/10.15421/271912>
240. Трофимлюк О. Пастирська допомога хворим: історія співпраці церкви та медицини у Візантії та Русі-Україні. *Труди Київської Духовної Академії*. 2017. № 17. С. 342–343.
241. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини : [офіційний сайт]. URL: <https://ombudsman.gov.ua/about>
242. Уставъ Святого Великаго князя Владиміра о церковныхъ судахъ и о десятинахъ. *Цифрова бібліотека «Київ»*. URL: <https://dlib.kiev.ua/items/show/471> (дата звернення: 02.09.2025).
243. Утюж І. Г. Історія медицини : курс лекцій. Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. URL: <https://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/18054/1/>
244. Федчун А. М. Адміністративно-правове регулювання прав пацієнтів. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2023. № 4. С. 437–439. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2023-4/108>
245. Хамайко Н. Лікувальна практика Давньої Русі: «медицина» чи «цілительство»? *Opus mixtum*. 2015. № 3. С. 101–109.

246. Хартія основних прав Європейського Союзу. *Official Journal of the European Union*. 2012. С 326. URL: https://eur-lex.europa.eu/eli/treaty/char_2012/oj/eng
247. Ходаківська В. П., Котвіцька А. А., Коробова Є. С., Пастухова О. А. Історичні аспекти розвитку медичного страхування в Україні. *Запорозький медичинський журнал*. 2012. № 5 (74). С. 116–119.
248. Ходєєва Н. В. Методологія дослідження права на інформацію про стан свого здоров'я. *Форум права*. 2017. № 2. С. 136–143.
249. Хорошенюк О., Доценко О. Право на медичну допомогу: окремі аспекти правового регулювання. *Нове українське право*. 2022. Вип. 1. С. 71–75. URL: <http://newukrainianlaw.in.ua/index.php/journal/article/view/199/180>
250. Царик Т. Несплата роботодавцем внесків до Пенсійного фонду не позбавляє працівників права на належне пенсійне забезпечення. *Безоплатна правова допомога* : офіц. сайт. 17.01.2017. URL: <https://legalaid.gov.ua/novyny/nesplata-robotodavtsem-vneskiv-do-pensijnogo-fondu-ne-pozbavlyaye-pratsivnyka-nalezhnogo-pensijnogo-zabezpechennya/>
251. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
252. Чайковська Т. В. Філософські й соціально-правові основи соціальної медицини в історичному контексті. *Вісник Ужгородського національного університету*. 2024. Вип. 18. С. 45–53. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/bitstreams/dd7789b1-1c81-498d-b890-c99da1b9c401/download>
253. Чебан В. Історичний аспект лікарської етики, біоетики та медичної деонтології. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2014. № 3. С. 16–22.
254. Через брак фінансування НСЗУ не забезпечила належного функціонування електронної системи охорони здоров'я. *Рахункова палата України*. 19.07.2021. URL: <https://rp.gov.ua/presscenter/news/?id=1168&lang=ukr>
255. Чехун О. В. Надання платних послуг: цивільно-правові аспекти. *Часопис Київського університету права*. 2010. № 2. С. 213–215.
256. Чижов Д. А. Поняття та структурні елементи механізму забезпечення

прав людини у сфері національної безпеки. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права. Серія юридична*. 2021. Вип. 30. С. 11–19. DOI: 10.5281/zenodo.5584672. URL:

<https://nzlubp.org.ua/index.php/journal/article/download/466/439/>

257. Чуприна Ю. Ю. Співвідношення адміністративно-правового методу та адміністративно-правового режиму. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Право»*. 2014. Вип. 17. С. 266–267.

258. Шамич О. М. Поняття та структура природного права людини на охорону здоров'я. *Вісник Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна»*. 2003. № 5. С. 102–110.

259. Шапенко Л. Юридичні факти в механізмі правового регулювання страхових відносин. *Evropský politický a právní diskurz*. 2017. Sv. 4, Vyd. 2. С. 222–227. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/evrpol_2017_4_2_37

260. Шатковський Я. М. Стандартизація у системі обов'язкового медичного страхування в Україні (адміністративно-правовий аспект) : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07. Київ, 2009. 206 с.

261. Шевченко А. Є., Яцишена Г. А. Конституційно-правові аспекти забезпечення права людини на здоров'я в Україні. *Європейські перспективи*. 2022. № 1. С. 12–17. DOI: <https://doi.org/10.32782/EP.2022.1.2>. URL: https://ep.unesco-socio.in.ua/wp-content/uploads/2022/02/12-_SHevchenko_YAtsyshena.pdf

262. Шевчук Р. В. Розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні : дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02. Київ, 2023. URL: <https://maup.com.ua/assets/files/dis/22-00-02/shevchuk/disertaciya-shevchuk.pdf>

263. Шинкар Д. П. Ключові елементи механізму державної фінансової підтримки сільськогосподарських товаровиробників. *Центральноукраїнський науковий вісник. Економічні науки*. 2021. Вип. 6 (39). С. 142–153. DOI: [https://doi.org/10.32515/2663-1636/2021.6\(39\).142-153](https://doi.org/10.32515/2663-1636/2021.6(39).142-153)

264. Шишка Р. Б. Механізм правового регулювання перевезень. *Наукові праці Національного авіаційного університету. Серія: Юридичний вісник*

«Повітряне і космічне право». 2014. № 3 (32). С. 120–125.

265. Шопіна І. М. Адміністративно-правове регулювання органами внутрішніх справ України : монографія. Київ : МП Леся, 2011. 149 с.

266. Шопіна І. М. Щодо концептуальних підходів до розкриття поняття механізму правового регулювання. Львів : ЛьвДУВС, 2011. С. 289. URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/7556/1/FP_index.htm_2011_2_173.pdf

267. Щербак Н. О. Реформування органів місцевого управління на українських землях Російської імперії у XVIII – на початку XIX ст. *Публічне право*. 2018. № 1. С. 187–195. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pp_2018_1_25

268. Щирба М. Ю. Правовий статус пацієнтів: теоретико-правове дослідження : дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.01 / наук. консультант І. М. Жаровська ; Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Нац. ун-т «Львівська політехніка». Луцьк, 2020. 460 с.

269. Щиріна К. В., Гур'єв С. О., Сацик С. П. Кадрові ресурси охорони здоров'я України у роки пандемії та війни. *Клінічна та профілактична медицина*. 2025. № 1. URL: <http://cp-medical.com/index.php/journal/article/view/522>

270. Ювсечко О. Зарубіжний досвід розвитку медичного страхування та можливості його використання в Україні. URL: <https://naub.oa.edu.ua/zarubizhnyi-dosvid-rozvytku-medychnoho-strahuvannya-ta-mozhlyvosti-joho-vykorystannya-v-ukrajini/>

271. Юридична енциклопедія : в 6 т. / редкол.: Ю. С. Шемшученко (відп. ред.) [та ін.]. Київ : Укр. енцикл., 2003. Т. 5 : П–С. 880 с.

272. Ямненко Т. М., Процко М. М. Охорона здоров'я і право на недискримінацію та рівність. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2020. № 7. DOI: 10.32782/2524-0374/2020-7/39

273. Яновська О. Г., Городовенко В. В., Біцай А. В. Юрисдикційні механізми захисту прав пацієнта. URL: <https://ccu.gov.ua/publikaciya/yanovska-o-gorodovenko-v-bicay-yurysdykciyni-mehanizmy-zahystu-prav-paciyenta-2019>

274. Ярмол Л. В. Юридичний механізм забезпечення прав людини в

Україні: стан і напрями удосконалення. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2021. № 1. С. 6–10. DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2021.01.1>

275. Annas G. J., Grodin M. A. Medical Ethics and Human Rights: Legacies of Nuremberg. *Hofstra Law & Policy Symposium*. 1999. Vol. 3. P. 111–124. URL: <https://scholarlycommons.law.hofstra.edu/hlps/vol3/iss2/1>

276. Asplund K., Wachtler C. J. The Swedish system for compensation of patient injuries. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2010. Vol. 121, suppl. 190. P. 88–91. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/03009730903350749>

277. Atkinson N., Saperstein S., Pleis J. Using the internet for health-related activities: findings from a national probability sample. *Journal of Medical Internet Research*. 2009. Vol. 11 (1). e5.

278. Birk H. O., Vrangbæk K., Rudkjøbing A., Krasnik A., Eriksen A., Richardson E., Jervelund S. S. Denmark: health system review 2024. *Health Systems in Transition*. 2024. Vol. 26, No. 1. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-review-2024>

279. Bürgerliches Gesetzbuch, BGB. URL: <https://dejure.org/gesetze/BGB>

280. Burgerlijk Wetboek. URL: <https://www.icodex.be/burgerlijk-wetboek/>

281. Case C-158/96. Kohll v Union des caisses de maladie (1998). *InfoCuria*. URL: https://infocuria.curia.europa.eu/tabs/affair?sort=AFF_NUM-DESC&searchTerm=%22C-158%2F96%22&publishedId=C-158%2F96

282. Case C-268/13. Elena Petru v Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu, Casa Națională de Asigurări de Sănătate : Judgment of the Court (Third Chamber) of 9 October 2014. *EUR-Lex*. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=planjo:20141121-031>

283. Case of Calvelli and Ciglio v. Italy. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22001-60329%22%5D%7D>

284. Charter of Fundamental Rights of the European Union : 2016/C 202/02. *Official Journal of the European Union*. 2016. C 202. P. 389–405. URL: http://data.europa.eu/eli/treaty/char_2016/oj

285. Code de la santé publique. URL:

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/

286. Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union : Part Three – Union Policies and Internal Actions. Title XIV – Public Health. Article 168 (ex Article 152 TEC). URL: https://eur-lex.europa.eu/eli/treaty/tfeu_2016/art_168/oj/eng

287. Council of the European Union. Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems, 2006/C 146/01. URL: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>

288. de Ruijter A. EU Health Law & Policy: The Expansion of EU Power in Public Health and Health Care. Oxford : Oxford University Press, 2019. URL: <https://academic.oup.com/book/7715>

289. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. URL: <https://bit.ly/3lKJQe7>

290. Edelstein L. The Hippocratic Oath: Text, Translation, and Interpretation. Baltimore : Johns Hopkins Press, 1943. 64 p.

291. Eggertson L. European complaint mechanisms vary widely. *CMAJ*. 2008. Vol. 178, No. 11. P. 1409–1410. URL: <https://www.cmaj.ca/content/178/11/1409>

292. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) : [official website]. URL: https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/search-all-eu-institutions-and-bodies/european-centre-disease-prevention-and-control-ecdc_en

293. European Commission. Communication on enabling the digital transformation of health and care in the Digital Single Market; empowering citizens and building a healthier society : COM(2018) 233 final, 25 April 2018. Brussels : European Commission, 2018. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM:2018:233:FIN>

294. European Medicines Agency (EMA) : [official website]. URL: https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/search-all-eu-institutions-and-bodies/european-medicines-agency-ema_en

295. European Patients' Forum (EPF). URL: <https://www.eu-patient.eu/>
296. Fallberg L., Borgholm A. The Swedish System for Compensation of Patient Injuries. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2010. Vol. 115, No. 2. P. 88–90. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2853784/>
297. Frank J. P. System einer vollständigen medicinischen Polizey : in 6 Bdn. Mannheim : C. F. Schwan, 1779–1827. URL: https://archive.org/details/b21365295_0003
298. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). URL: <https://www.refworld.org/legal/general/cescr/2000/36991>
299. General Medical Council (GMC). URL: <https://www.professionalstandards.org.uk/organisations-we-oversee/regulators/general-medical-council-gmc>
300. Glass v. the United Kingdom (Application no. 61827/00) : judgment of the European Court of Human Rights (Fourth Section), 9 March 2004. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-61663>
301. Greer S. L. The three faces of European Union health policy: policy, markets, and austerity. *Policy and Society*. 2014. Vol. 33, No. 1. P. 13–24. URL: <https://academic.oup.com/policyandsociety/article/33/1/13/6422287>
302. Hervey T., McHale J. Health Law and the European Union. Cambridge : Cambridge University Press, 2004. 469 p.
303. Judgment of the Court (Grand Chamber) of 16 May 2006. The Queen, on the application of Yvonne Watts v Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health. Case C-372/04. *EUR-Lex*. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:62004CJ0372>
304. Judgment of the Court of 28 April 1998. Nicolas Decker v Caisse de maladie des employés privés. Case C-120/95. *EUR-Lex*. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:61995CJ0120>
305. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Art. 68. URL: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/kategoria-konstytucyjna/art-68-prawo-do-ochrony-zdrowia>

306. Kozuń-Cieślak G., Zdrazil P. Efficiency of healthcare systems in the European Union states: who performs better: Bismarckians or Beveridgeans? *European Research Studies Journal*. 2021. Vol. 24, Special Issue 4. P. 397–411. URL: <https://www.um.edu.mt/library/oar/handle/123456789/107266>

307. L. 24/2017 (Gelli-Bianco): Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. URL: <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Normativa/L.-24-2017-Gelli-Bianco-Disposizioni-in-materia-di-sicurezza-delle-cure-e-della-persona-assistita-nonche-in-materia-di-responsabilita-professionale-degli-esercenti-le-professioni-sanitarie>

308. Law 41/2002, of November 14, Basic Law Regulating Patient Autonomy and Rights and Obligations in Matters of Information and Clinical Documentation. *Official State Gazette*. 2002. No. 274. P. 40126–40132. URL: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

309. Le rôle du médecin traitant et le parcours de soins coordonnés. *Ameli*. URL: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>

310. Legido-Quigley H., Glinos I. A., Baeten R., McKee M. The role of the 2011 patients' rights in cross-border health care directive in shaping seven national health systems: looking beyond patient mobility. *Health Policy*. 2018. Vol. 122, No. 3. P. 279–283. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851017303512>

311. Les droits des patients en France : bilan et perspectives. *Éthique & Santé*. 2012. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878652912000508>

312. Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015>

313. Malakhov K. S. Insight into the Digital Health System of Ukraine (eHealth): Trends, Definitions, Standards, and Legislative Revisions. URL: <https://telerehab.hpu.edu/index.php/Telerehab/article/download/6599/7094>

314. Mauer N., Hernandez-Quevedo C., Eriksen A., Scarpetti G., van Ginneken E. Health care coverage and access for displaced persons from Ukraine: Assessing the

implementation of the Temporary Protection Directive across EU Member States. *Health Policy*. 2025. Vol. 161. P. 105434. URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105434>

315. Mayboroda v. Ukraine (Application no. 14709/07) : judgment of the European Court of Human Rights (Fifth Section), 13 April 2023. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-228474>

316. Nález Ústavného súdu Slovenskej republiky sp. zn. PL. ÚS 3/09 z 26. januára 2011. URL: <https://www.slov-lex.sk/sudne-rozhodnutia/judikaty/0f268d84-d509-44fe-8f14-f3ec8d3e5fcb>

317. Newdick C. Preserving Social Citizenship in Health Care Markets – There May Be Trouble Ahead. *McGill Journal of Law and Health*. 2008. Vol. 2. P. 85–111. URL: https://mjhl.mcgill.ca/wp-content/uploads/2017/07/mjhl_vol2_newdick.pdf

318. Nozick R. *Anarchy, State, and Utopia*. New York : Basic Books, 1974. 334 p.

319. Official Journal of the European Union. Court of Justice of the European Union. Access to European Union Law. URL: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=LEGISSUM:eu_court_justice

320. Official Journal of the European Union. European Commission. Access to European Union Law. URL: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=LEGISSUM:european_commission

321. Patient Rights in Europe – Shared Experiences and Challenges. *Active Citizenship Network*. 2025, 6 April. URL: <https://www.activecitizenship.net/insights/1261-patient-rights-in-europe-shared-experiences-and-challenges.html>

322. Patientenrechtegesetz BGB. URL: https://service.lzkb.de/wp-content/uploads/2022/03/ZQMS_Information_zum_Patientenrechtegesetz.pdf

323. Pirogoff N. *Grundzüge der allgemeinen Kriegschirurgie nach den Erinnerungen aus den Kriegen in der Krim und im Kaukasus und aus der Lazarethpraxis*. Leipzig : F. C. W. Vogel, 1864.

324. Ratgeber für Patientenrechte / Bundesministerium für Gesundheit. 2025. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/ratgeber-patientenrechte>

325. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation). URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/eng>
326. Rzecznik Praw Pacjenta. URL: <https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta>
327. Scharpf F. W. The European Social Model: Coping with the Challenges of Diversity. *MPIfG Working Paper*. 2002. No. 02/1. 24 p. URL: https://pure.mpg.de/rest/items/item_1234614/component/file_2052900/content
328. Slovakia: Country Health Profile 2023 / OECD ; European Commission. Paris : OECD Publishing, 2023. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/slovakia-country-health-profile-2023_94960064/98f25a9b-en.pdf
329. Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w 2022 roku [Звіт Уповноваженого з прав пацієнтів про дотримання прав пацієнтів у 2022 році]. Warszawa : Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, 2023. URL: <https://www.gov.pl/attachment/59ac79d2-acba-4702-aa79-8a460935b156>
330. Statistics Poland. Health care expenditure in 2020–2022. URL: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/en/defaultaktualnosci/3325/18/3/1/health_care_expenditure_in_2020-2022_3.pdf
331. Study on Corruption in the Healthcare Sector : HOME/2011/ISEC/PR/047-A2 / European Commission ; Directorate-General for Home Affairs. 2013, October. URL: https://www.korruptsioon.ee/sites/default/files/2023-04/euroopa_komisjon_2013_study_on_corruption_in_the_health_care_sector.pdf
332. The Amsterdam Declaration. URL: <https://humanists.international/what-is-humanism/the-amsterdam-declaration/>
333. Treatment compensation 2024. *Patienterstatningen*. 2024. URL: https://eng.patienterstatningen.dk/Media/638689145620592527/Did%20you%20get%20worse%20because%20of%20treatment%20or%20medication_dec_2024.pdf

334. Trend report reference years 2021–2023: Member State data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU. *European Commission*. 2025. URL: https://health.ec.europa.eu/publications/trend-report-reference-years-2021-2023-member-state-data-cross-border-patient-healthcare-following_en
335. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417. URL: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20090520417>
336. Vincke P., Cylus J. Health care fraud and corruption in Europe: An overview. *Eurohealth incorporating Euro Observer*. 2011. Vol. 17, No. 4. P. 14–18. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ee1800ec-5e51-4782-a266-0c5a98a23d98/content>
337. Virchow R. Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia (1848). *Bulletin of the World Health Organization*. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1698167/>
338. Voigt D. K.-H., Lenz P., Friederichs H. Physicians' comprehension of the German Patients' Rights Act: A cross-sectional study. *Health Policy*. 2018. Vol. 122, No. 11. P. 1249–1254. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.08.017>
339. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Wkkgz. URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>
340. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, WGBO. URL: <https://www.rivm.nl/cpt/kwaliteit-wet-en-regelgeving/wetgeving/wgbo>
341. Wojewódzkie Komisje do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. URL: <https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/wojewodzka-komisja-do-spraw-orzekania-o-zdarzeniach-medycznych2>
342. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03. URL: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20040050037/T/D20040037TK.pdf>
343. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. URL: <https://www.slovlex.sk/ezbierky/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/576/>

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у вітчизняних наукових фахових виданнях:

1. Гараєва З. Е. Гарантії права пацієнта на отримання медичної допомоги: порівняльно-правовий контекст. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. № 4 (18). С. 215–222. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-4\(18\)-215-222](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-4(18)-215-222)
2. Гараєва З. Е. Захист права на здоров'я соціально вразливих груп населення в Україні. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. № 12 (26). С. 227–235. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-12\(26\)-227-235](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-12(26)-227-235)
3. Гараєва З. Е. Право пацієнта на інформовану згоду як ключовий елемент медичних гарантій. *Věda a perspektivy*. 2025. № 5 (48). С. 259–264. DOI: [https://doi.org/10.52058/2695-1592-2025-5\(48\)-259-264](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2025-5(48)-259-264)
4. Гараєва З. Е. Еволюція концепції прав пацієнта: контекст системи медичних гарантій. *Національні інтереси України*. 2025. № 8 (13). С. 397–408. DOI: [https://doi.org/10.52058/3041-1793-2025-8\(13\)-397-408](https://doi.org/10.52058/3041-1793-2025-8(13)-397-408)
5. Гараєва З. Е. Правове регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я: гносеологічний підхід. *Альманах права*. 2026. Вип. 17. С. 654–663. DOI: <https://doi.org/10.33663/2524-017X-2026-17-654-663>

Тези доповідей на науково-практичних конференціях:

6. Haraieva Z. E. Protection of the right to health in socially vulnerable population groups in Ukraine (forced immigrants). *Scientific Collection «InterConf» : proceedings of the 3rd Intern. sci. and pract. conf. «Recent Advances in Global Science» (Vilnius, Sept. 16–18, 2023)*. Vilnius : Vaiga, 2023. No. 170. P. 79–85. URL: <https://archive.interconf.center/index.php/conference-proceeding/article/view/4350>

7. Гараєва З. Е. Гарантії права пацієнта на отримання медичної допомоги: порівняльно-правовий контекст. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку* : матеріали XXIX Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Тепліце, Чехія, 7 лют. 2023 р.). Київ : ВАДНД, 2023. С. 109–113. URL: <https://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-29.pdf>

8. Гараєва З. Е. Протидія дискримінації жінок з вразливих соціальних груп (із ВІЛ-позитивним статусом). *Захист соціально вразливих груп: міжнародний та національний виміри* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Київ, 19 жовт. 2023 р.) / НАН України, Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького, ГО «Інкубатор демократичних ініціатив». Київ : Академперіодика, 2023. С. 100–104. URL: <http://odnb.odessa.ua/vnn/book/15584>

9. Гараєва З. Е. Гносеологія захисту прав пацієнтів та еволюція даного питання в правовому контексті. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку* : матеріали XLV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Олександрополіс, Греція, 7 черв. 2024 р.). Київ : ВАДНД, 2024. С. 137–139. DOI: <https://doi.org/10.52058/45>. URL: <https://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-45.pdf>

10. Гараєва З. Е. Гарантії та реалізація прав пацієнта: правові аспекти та етика. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку* : матеріали LIII Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Кордова, Іспанія, 7 лют. 2025 р.). Київ : ВАДНД, 2025. С. 63–66. DOI: <https://doi.org/10.52058/53>. URL: <https://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-53.pdf>