

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ

**ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я-2023**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З  
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

**30-31 травня 2023 року**

Запоріжжя  
2023

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:**

**Аніщенко Михайло Анатолійович**, доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права ЗДМФУ, кандидат юридичних наук, доцент;

**Алексєєв Олександр Германович**, завідувач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права ЗДМФУ, кандидат фармацевтичних наук, доцент;

**Дічко Ганна Олегівна**, старший викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права ЗДМФУ, кандидат юридичних наук.

*За загальною редакцією в. о. ректора  
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктора  
медичних наук, професора,  
Заслуженого діяча науки і техніки України  
Колесника Юрія Михайловича.*

П68

**Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я:** збірник матеріалів всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Запоріжжя, 30-31 травня 2023 р.) / за заг. ред. Ю. М. Колесника. – Запоріжжя : ЗДМФУ, 2023. - 96 с.

У збірнику представлені матеріали тез доповідей, що виражають теоретичні та практичні правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я. Авторами статей є науковці та практики галузі правознавства та охорони здоров'я з різних регіонів України та з інших держав, колом професійних інтересів яких є правові питання медицини та фармації.

**УДК 342.9:614.2**

© Видавництво ЗДМФУ, 2023

## ЗМІСТ

<b>Алексєєв Олександр Германович, Різник Ольга Іванівна</b> РЕАЛІЗАЦІЯ ПРАВ ЛЮДИНИ НА ЗДОРОВ'Я	6
<b>Аніщенко Михайло Анатолійович</b> АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАПОБІГАННЯ ТА ВИЯВЛЕННЯ КОРУПЦІЇ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
<b>Баєва Олена Вікторівна, Зеленцова Світлана Миколаївна, Коваленко Ольга Олександрівна</b> МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ПРАВОВОГО КОНТРОЛЮ ЗА ПОДАННЯМ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	11
<b>Боднарчук Олег Григорович</b> ЩОДО ПРОБЛЕМИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ КОРУПЦІЇ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНОЇ КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНАВЧОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ	14
<b>Бондаренко Ольга Сергіївна</b> ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ СОЦІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ЯК СПОСІБ ПРОТИДІЇ КОРУПЦІЇ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	18
<b>Бухало Ганна Олексіївна</b> ІНТЕГРАЛЬНИЙ РІВЕНЬ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ДЕЯКІ ВІДОМІ ПОКАЗНИКИ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ УКРАЇНИ	20
<b>Бушуєва Інна Володимирівна, Хоменко Катерина Валеріївна</b> ПРАВОВИЙ ПРОЦЕС У ВЕТЕРИНАРНІЙ МЕДИЦИНІ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ВЕТЕРИНАРНОГО ПРАВА У ЧАСТИНІ ЗАСТОСУВАННЯ ВЕТЕРИНАРНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРОТИМІКРОБНОЇ ДІЇ	24
<b>Гамбург Леонід Самойлович</b> ОБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я В ІЗРАЇЛІ ТА МЕДИЧНІ СТРАХОВІ КАСИ: ПРАВОВОЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	25
<b>Дем'янчук Юрій Вікторович</b> АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БЕЗПЕЧНИХ УМОВ ПРАЦІ В ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ УКРАЇНИ	29
<b>Дічко Ганна Олегівна</b> ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ВЛК ТА МОЖЛИВІ РІШЕННЯ	31
<b>Каплій Ольга Петрівна</b> ТРАНСФОРМАЦІЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	33
<b>Кирбят'єв Олег Олександрович</b> ОСНОВНІ ЗАСАДИ ДОТРИМАННЯ КІБЕРБЕЗПЕКИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЇЇ КОРИСТУВАЧІВ	37

<b>Король Кристина Валеріївна, Кузьмін Віктор Володимирович, Кузьміна Марія Олегівна</b>	
ПРАВОВІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З СІМ'ЯМИ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ	40
<b>Краснокутський Олександр Володимирович</b>	
ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПРАВОВОЇ КУЛЬТУРИ ЯК ЧИННИК ОПТИМІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ І ЗДІЙСНЕННЯ МЕДИЧНИХ РЕФОРМ В УКРАЇНІ	45
<b>Лисак Віталій Вікторович, Буканов Григорій Миколайович</b>	
ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК СУБ'ЄКТИ ЗДІЙСНЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	48
<b>Лисенко Тетяна Володимирівна</b>	
ВАКЦИНАЦІЯ ДІТЕЙ : ПРАВОВІ АСПЕКТИ НОРМОТВОРЧОСТІ	50
<b>Набок Ангеліна Іванівна</b>	
ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ ТА ВОЄННОГО СТАНУ НА ОРГАНІЗАЦІЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ	56
<b>Петрихін Валерій Петрович</b>	
ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ МІСТА ЗАПОРІЖЖЯ	59
<b>Петрихін Валерій Петрович</b>	
СОЦІАЛЬНІ ТА ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ПРИ ВИРІШЕННІ ПИТАНЬ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ	61
<b>Прасов Олександр Олександрович</b>	
РЕАЛІЗАЦІЯ ОСОБАМИ, ЗАСУДЖЕНИМИ ДО ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ, ПРАВА НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ: ОКРЕМІ ПИТАННЯ	63
<b>Радутний Олександр Едуардович</b>	
КОРЕЛЯЦІЇ НА ПІДСТАВІ ВЕЛИКИХ ДАНИХ ТА ПРИЧИННІСТЬ В МЕДИЦИНІ, ФАРМАЦЕВТИЦІ ТА В СФЕРІ ПРАВА	67
<b>Різник Ольга Іванівна</b>	
МІЖНАРОДНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЗАХИСТУ ПРАВ ПАЦІЕНТА	70
<b>Різник Ольга Іванівна</b>	
СТАНДАРТИ ПРАВА НА СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПЕЙСЬКІЙ СОЦІАЛЬНІЙ ХАРТІЇ	72
<b>Самілик Людмила Олексіївна</b>	
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ДІТЕЙ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	74
<b>Скріпкін Сергій Васильович</b>	
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА СЛОВАЧЧИНІ. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ	77

**Субот Надія Іванівна**  
ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЮРИДИЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА  
КОНТРАБАНДУ ОРГАНІВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ТА ІНШИХ  
АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ 83

**Таранов Володимир Володимирович**  
ПРО НЕОБХІДНІСТЬ КООРДИНАЦІЇ ПРОГРАМ НАВЧАЛЬНОЇ  
ДИСЦИПЛІНИ «СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я» ЗІ  
ЗМІНАМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я 86

**Ткаченко Наталя Олександрівна, Демченко Вікторія  
Олександрівна, Литвиненко Ольга Веніамінівна, Маганова Тамара  
Валеріївна**

СУЧАСНИЙ СТАН ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В  
УКРАЇНІ: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ 88

**Тринчук Анастасія Андріївна, Жарлінська Раїса Григорівна,  
Березовський Артур Миколайович**

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ РОЗРОБКИ ЕФЕКТИВНОЇ  
КОНКУРЕНТНОЇ СТРАТЕГІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РИНКУ  
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ОСНОВІ ІНСТРУМЕНТІВ КЛІНІЧНОГО  
АУДИТУ 90

**Алексєєв Олександр Германович,**

завідувач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, кандидат юридичних наук, доцент

**Різник Ольга Іванівна,**

доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, кандидат медичних наук, доцент

## **РЕАЛІЗАЦІЯ ПРАВ ЛЮДИНИ НА ЗДОРОВ'Я**

Прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 Загальна декларація прав людини поклала початок міжнародного визнання принципу поваги гідності людини. Реалізація прав людини на здоров'я однаковою мірою вимагає дотримання процесуальних принципів, які, як правило, застосовуються до прав людини в цілому.

До них належать:

- Недискримінація. Доступ до охорони здоров'я та надання медичних послуг повинні виключати будь-яку навмисну чи фактичну дискримінацію на підставі стану здоров'я, доходу, раси, національності, мови, релігії, статі, сексуальної орієнтації, інвалідності, національності чи соціального становища;

- Прозорість. Інформація про стан здоров'я повинна бути доступною мовою та доступною всім, що дозволить окремим особам та населенню бути достатньо обізнаними у питаннях захисту свого здоров'я. Фінансування, організація та надання медичних послуг повинні бути прозорими та здійснюватися установами та відповідальним за них персоналом;

- Участь. Необхідно енергійно сприяти активній участі окремих осіб та спільнот у процесах прийняття рішень з питань, що впливають на їхнє здоров'я. Це повинно включати організацію та реалізацію медичних послуг;

- Відповідальність. Державні установи та приватні структури, які беруть участь у розробці та здійсненні політики, а також наданні медичних послуг повинні бути відповідальними, а також дотримуватись обов'язкових стандартів, правил та здійснювати незалежний контроль за дотриманням.

Прийнятий 16 грудня 1966 р. у розвиток Декларації Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права [4] визначив самостійну правову

норму, сформульовану статтею, де перерахував заходи, які держави-учасниці зобов'язуються вживати для реалізації прав на здоров'я, що включають заходи, необхідні для:

- забезпечення скорочення мертвонародженості та дитячої смертності;
- забезпечення здорового розвитку;
- покращення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища та праці у промисловості;
- попередження та лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб та боротьби з ними;
- створення умов, які забезпечували б усім у разі хвороби медичну допомогу та медичний догляд.

Таким чином, право на здоров'я людини, закріплене численними міжнародними та регіональними договорами з прав людини, а також національними конституціями всього світу, охоплює не тільки своєчасне і належне надання медичної допомоги. Це право формулює вихідні детермінанти здоров'я, наприклад доступ до безпечних харчових продуктів, харчування та житла, здорових виробничих та екологічних умов, доступу до освіти, інформації в галузі охорони здоров'я, у тому числі сексуального та репродуктивного.

### **Аніщенко Михайло Анатолійович,**

доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, кандидат юридичних наук, доцент

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАПОБІГАННЯ ТА ВИЯВЛЕННЯ КОРУПЦІЇ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Питання, що виникають в процесі запобігання та виявлення корупції у закладах вищої освіти в сфері охорони здоров'я, безумовно мають свою специфіку.

Вища медична освіта – найбільш інтегрована з практикою галузь освіти. Це є її особливістю і тим, що вирізняє її з-поміж інших видів вищої освіти, що провадяться за іншими галузями знань та спеціальностями. Тому і корупційні ризики у вищій освіті в сфері охорони здоров'я теж інтегровані – об'єднують корупційні ризики вищої освіти і медицини, фармації, реабілітації.

Невіддільною від вищої освіти в сфері охорони здоров'я є і медична та фармацевтична науки, інші науки в сфері охорони здоров'я.

Зокрема, в освітньому процесі актуальним проявом корупції є порушення академічної доброчесності. Порушення академічної доброчесності (академічний плагіат, самоплагіат, фабрикація, фальсифікація, списування, обман, хабарництво, необ'єктивне оцінювання, надання здобувачам освіти під час проходження ними оцінювання результатів навчання допомоги чи створення перешкод, не передбачених умовами та/або процедурами проходження такого оцінювання; вплив у будь-якій формі (прохання, умовляння, вказівка, погроза, примушування тощо) на педагогічного (науково-педагогічного) працівника з метою здійснення ним необ'єктивного оцінювання результатів навчання [1].

Для медичних, фармацевтичних працівників та фахівців з реабілітації, актуальним корупційним проявом (до речі, не віднесеним прямо до корупційного з позицій сучасного українського законодавства) є порушення відповідних обмежень для цієї категорії працівників, встановлених ст. 78<sup>1</sup> Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Так, медичні, фармацевтичні працівники та фахівці з реабілітації під час здійснення ними професійної діяльності не мають права:

1) одержувати від суб'єктів господарювання, які здійснюють виробництво та/або реалізацію лікарських засобів, медичних виробів (виробів медичного призначення), допоміжних засобів реабілітації, їх представників неправомірну вигоду;

2) одержувати від суб'єктів господарювання, які здійснюють виробництво та/або реалізацію лікарських засобів, медичних виробів (виробів медичного призначення), допоміжних засобів реабілітації, їх представників зразки лікарських засобів, медичних виробів (виробів медичного призначення), допоміжних засобів реабілітації для використання у професійній діяльності (крім випадків, пов'язаних з проведенням відповідно до договору клінічних досліджень лікарських засобів або клінічних випробувань медичних виробів (виробів медичного призначення), допоміжних засобів реабілітації);

3) рекламувати лікарські засоби, медичні вироби (вироби медичного призначення), допоміжні засоби реабілітації, у тому числі виписувати лікарські засоби на бланках, що містять інформацію рекламного характеру, та зазначати виробників лікарських засобів (торговельні марки);

4) на вимогу споживача під час реалізації (відпуску) лікарського засобу не надавати інформацію або надавати недостовірну інформацію про наявність у цьому аптечному закладі лікарських засобів з такою самою діючою речовиною (за міжнародною непатентованою назвою), формою відпуску та дозуванням, зокрема приховувати інформацію про наявність таких лікарських засобів за нижчою ціною [2].

Антикорупційна стратегія на 2021-2025 роки, затверджена Законом України «Про засади державної антикорупційної політики на 2021-2025 роки», має розділ 3 «Запобігання корупції у пріоритетних сферах». Згідно пункту 3.7 цього розділу, до означених сфер належать охорона здоров'я, освіта і наука та соціальний захист [3].

Антикорупційною стратегією на 2021-2025 роки визначено наступні проблемні питання у сферах охорони здоров'я, освіти і науки.

Пацієнти та лікарі не отримують лікарські засоби і медичні вироби вчасно та у повному обсязі, зокрема через незавершений перехід до нової системи організації та контролю медичних закупівель, не повністю врегульовані процеси визначення потреб та обліку лікарських засобів.

Пацієнти не отримують необхідне лікування за кордоном, а також під час надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації через корупційні практики, обумовлені недостатньою врегульованістю відповідних процедур та непрозорістю обліку.

Електронна система охорони здоров'я є недостатньо інтегрованою з іншими базами даних, що створює можливості для зловживань під час реалізації окремих функцій (зокрема надання виплат унаслідок непрацездатності, проведення профілактичних та обов'язкових медичних оглядів, встановлення групи інвалідності).

Недостатньо прозорі процедури добору кадрів у закладах охорони здоров'я знижують конкуренцію та створюють можливості для проявів корупції при призначенні на такі посади.

Доступ до закладів освіти та перебіг освітнього процесу містять корупційні ризики. Присудження наукових ступенів та присвоєння вчених звань нерідко відбуваються із значним використанням корупційних практик та інших проявів недоброчесності.

У сфері освіти і науки наявні конфлікти інтересів під час формування та реалізації державної політики [3].

До заходів мінімізації корупційних ризиків у закладах вищої освіти в сфері охорони здоров'я, на нашу думку, можуть бути віднесені наступні заходи:

1) включення антикорупційного напрямку до стратегії розвитку закладу вищої освіти в сфері охорони здоров'я, що містить аналіз усіх корупційних ризиків в комплексі (як в освіті та науці, так і в практичній діяльності в сфері охорони здоров'я);

2) регулярне анонімне опитування щодо корупційних ризиків здобувачів вищої освіти, інтернів, пацієнтів, працівників закладів вищої освіти в сфері охорони здоров'я;

3) постійна та систематична антикорупційна освіта у закладах;

4) забезпечення прозорості процедури переведення студентів з контрактної форми навчання на бюджетну;

5) діджиталізація процесу складання академічної заборгованості;

6) забезпечення прозорості та справедливості процедур публічних закупівель;

7) забезпечення прозорості прийому на навчання іноземних студентів;

8) впровадження електронної система поселення у гуртожитки.

Для мінімізації або усунення корупційних ризиків на загальнодержавному рівні необхідно створити та реалізувати чітку Державну антикорупційну програму з конкретними заходами, інструментами, технологіями, виконавцями та строками здійснення.

### **Список використаних джерел**

1. Про освіту: Закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>.

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

3. Про засади державної антикорупційної політики на 2021-2025 роки: Закон України від 20.06.2022 № 2322-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2322-20#Text>.

**Басва Олена Вікторівна,**  
завідувач кафедри громадського здоров'я та мікробіології  
ПВНЗ «Київський медичний університет», доктор біологічних наук,  
професор

**Зеленцова Світлана Миколаївна,**  
доцент кафедри громадського здоров'я та мікробіології  
ПВНЗ «Київський медичний університет», кандидат історичних наук,  
доцент

**Коваленко Ольга Олександрівна,**  
доцент кафедри громадського здоров'я та мікробіології  
ПВНЗ «Київський медичний університет», кандидат наук з державного  
управління, доцент

## **МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ПРАВОВОГО КОНТРОЛЮ ЗА ПОДАННЯМ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

Правові засади нанесення шкоди здоров'ю з боку лікаря, або ятрогенії закладені ще в законоположеннях древніх держав. Так, в давньому Вавилоні, в Кодексі царя Хаммурапі високий громадський и матеріальний статус лікаря поєднувався з великою відповідальністю за свою працю. За нанесення шкоди здоров'я внаслідок лікування необхідно було платити великий грошовий штраф. А параграфі 218 кодексу царя Хаммурапі зазначено: “Якщо лікар проводить у когось серйозну операцію бронзовим ножом і нанесе хворому смерть або якщо він видалить комусь катаракту з ока і порушить око, то він карається відтинанням руки”. У Бамбергському кодексі (1507р.) та кримінальному кодексі (укладення) Карла V, відомого під назвою “Кароліна” (1532 р.) визначалось судочинство за помилки лікарів.

Еволюція поняття ятрогенії та правове її регулювання відбувалося з розвитком медицини, філософії та правових систем різних країн світу. Аналізуючи зарубіжний досвід, можна сказати, що найважливіших засобів правового контролю за поданням медичних послуг відповідальність лікаря і/або медичної установи перед пацієнтом за виникнення захворювань та патологічних процесів внаслідок медичного втручання.

Так у Великобританії, особливо жорстко суд ставиться до позивів, обумовлених захворюваннями внаслідок професійної недбалості. При виникненні ятрогенного захворювання пацієнту-позивачу важко відшкодувати шкоду через суд внаслідок кількох чинників:

- непередбачений результат подання позову;
- фінансові збитки при сплаті роботи експертів;
- агресивне ставлення англійських лікарів до позивів з приводу ятрогенії або професійної недбалості (майже кожен лікар бачить у такому позиві потенційну погрозу своїй кар'єрі і тому і ставиться до суду, як до місця, де він повинен боротись за свою професійну компетенцію).

Ці чинники є причиною того, що англійський пацієнт рідко звертається до суду при виникненні ятрогенного захворювання.

Судова система США спрямована на забезпечення покладеної на неї соціальної задачі: забезпечення суспільного почуття справедливості за рахунок покладання на винного обов'язку відшкодування потерпілому заподіяної шкоди і стає на заваді небажаній для суспільства поведінки: некомпетентному, необережному, недбалому наданню медичної допомоги.

Незважаючи на той факт, що суди США дуже ліберально ставляться до позивів з приводу професійної недбалості або ятрогенії, тільки незначна кількість пацієнтів приймає рішення щодо звертання до суду внаслідок слідуючи причин:

- специфіка позову обумовлює важкість доказу вини відповідача;
- затяжний характер розгляду справи, який в середньому триває до 23 місяців;
- великі витрати, пов'язані з позовом (після відрахування всіх витрат, обумовлених позовом та підтримкою його в суді, сума компенсації зменшується наполовину).

В останні роки моральний акцент переноситься на забезпечення надійності відшкодування моральних збитків і заподіяної шкоди здоров'ю та на профілактику професійної недбалості і ятрогеній. Велика роль в цьому надається практиці страхування відповідальності при наданні медичних послуг. В таких випадках відшкодування оплачується з знеособлених страхових фондів і не може розглядатись як санкція в повному розумінні цього слова. Проте, при цьому внески страхувальників-лікарів можуть зрости настільки, що вони будуть змушені припинити лікарську практику.

У США профілактика виникнення ятрогенних захворювань внаслідок некомпетентності лікаря та професійної недбалості проводиться за рахунок удосконалення професійного саморегулювання та зростання вимог при видачі ліцензій на право займатись лікарською діяльністю.

Нова Зеландія має 30-річний досвід компенсації особистої шкоди здоров'ю у випадках медичної невдачі. Під медичною невдачею ( mishap) розуміють погіршення здоров'я пацієнта внаслідок медичного втручання.

Звичайно, що це більш широке поняття ніж ятрогенія й включає також професійну недбалість, погіршення здоров'я внаслідок помилок, які допустив лікар при встановленні діагнозу або лікуванні.

В Новій Зеландії відшкодування шкоди, якої зазнав пацієнт внаслідок медичної невдачі, виплачується з Фонду соціального страхування. Фонд існує за рахунок внесків підприємців; осіб, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю; власників автомобілів та бюджетних коштів. Розмір відшкодування для осіб, які працювали по найму або займалися індивідуальною трудовою діяльністю, становить 80% від утраченого заробітку. Додатково оплачуються витрати на лікування, реабілітацію, догляд за хворим.

При ятрогенному захворюванні пацієнт зазнає і моральної шкоди. Тому Фонд соціального страхування Нової Зеландії виплачує одноразову суму для компенсації за біль, страждання, тощо.

Вимоги про відшкодування шкоди здоров'ю пацієнта розглядаються в порядку адміністративного судочинства, з можливістю оскарження рішення в судовому порядку.

Позитивним моментом новозеландської моделі є можливість для пацієнта отримання відшкодування без витрат на позов, сплати роботи експертів. Крім того, на відміну від англійської або американської моделі, відшкодування шкоди при виникненні ятрогенного захворювання, новозеландська модель обумовлює гарантоване відшкодування заподіяної шкоди пацієнту.

Недоліки новозеландської моделі відшкодування шкоди за медичні невдачі бачиться в наступному:

- у випадку виникнення ятрогенії компенсацію одержує тільки пацієнт. При смерті пацієнта від ятрогенії родичі таких відшкодувань не отримують;
- відшкодування лікарем або медичною установою збитків пацієнту при виникненні ятрогенного захворювання є чинником контролю якості медичного обслуговування та профілактикою лікарської недбалості.

Згідно чинного законодавства України визначення ятрогенії узгоджується з правовими нормами “шкода здоров'ю”, “визнання ступеню шкоди здоров'ю”, “неналежне подання медичної допомоги”, які визначаються в Цивільному Кодексі, Кримінальному Кодексі України, Законі України «Основи Законодавства України про охорону здоров'я».

Таким чином можна сказати, що процес вивчення та аналізу зарубіжного досвіду та концепцій ятрогеній , дає можливість удосконалити

правове регулювання лікарських помилок та відповідальності за неї медичних працівників.

### Список використаних джерел

1. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник.- К.: Центр учбової літератури, 2008.- 640 с.
2. Шевчук С.В., Рудий В.М. До питання про приведення законодавства України про охорону здоров'я у відповідність з правовими стандартами Ради Європи // Проблеми гармонізації законодавства України з міжнародним правом. Матеріали науково-практичної конференції, жовтень 1998 року. – К., Інститут законодавства Верховної Ради України. – С. 434-436.
3. Турак Й.А. Етичні та правові засади медичного втручання.- Ужгород: Закарпаття.- 2002.-189 с.
4. Сенюта І. Етичні гарантії і права на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування / [www.lawyer.org.ua/?w=r&i=12&d=417](http://www.lawyer.org.ua/?w=r&i=12&d=417)].
5. Meessen, B.; Zhenzhong, Z.; Van Damme, W.; Devadasan, N.; Criel, B.; Bloom, G. (2003). «Iatrogenic poverty». *Tropical Medicine & International Health*. 8 (7): 581–4.
6. Bell D, Iatrogenic disease. Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 26 May 2023). URL:<https://doi.org/10.53347/rID-61858>
7. Liese KL, Davis-Floyd R, Stewart K, Cheyney M. Obstetric iatrogenesis in the United States: the spectrum of unintentional harm, disrespect, violence, and abuse. *Anthropol Med*. 2021 Jun;28(2):188-204. doi: 10.1080/13648470.2021.1938510. Epub 2021 Jul 1. PMID: 34196238.

**Боднарчук Олег Григорович,**

професор кафедри приватного права Навчально-наукового інституту права Державного податкового Університету,  
доктор юридичних наук

### **ЩОДО ПРОБЛЕМИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ КОРУПЦІЇ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНОЇ КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНАВЧОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ**

Корупція в Державній кримінально-виконавчій службі України – це один із проявів корупції в системі органів державної влади. Розкриваючи безпосередньо зміст корупції в системі органів державної служби, потрібно зазначити, що корупцією можна назвати різні за складом правопорушення, пов'язані з використанням державним службовцем владних повноважень з

метою задоволення корисних особистих інтересів і з протиправного надання переваг третім особам.

Зокрема, корупція в органах ДКВС – це активне, свідоме, суспільно-небезпечне, неправомірне (протиправне), винне діяння співробітника пенітенціарної системи (зловживання службовим становищем), яке пов'язане з використанням ним можливостей статусу співробітника пенітенціарної системи для задоволення своїх особистих інтересів або незаконного надання переваг засудженим всупереч законним інтересам служби, держави і суспільства, з метою отримання не передбачених законом певних благ у вигляді винагороди, як майнового так і не майнового характеру. Корупції в органах ДКВС характерні такі риси: мінливість, системність та висока латентність.

Потрібно зазначити, що у юридичній літературі серед основних причин корупції в пенітенціарній системі виокремлюють такі: низька заробітна плата; відсутність належного контролю з боку органів, що наглядають за діяльністю пенітенціарної системи та органів власної безпеки; відсутність належного рівня правової свідомості у значної частини громадян; низький рівень матеріально-технічного забезпечення пенітенціарної системи; вплив злочинного середовища, представники якого постійно намагаються перетягнути на свою сторону співробітників пенітенціарної системи для отримання від них попереджувальної інформації та ін.

До умов корупції в пенітенціарній системі, пов'язаних безпосередньо з особистістю пенітенціариста, потрібно віднести такі: відсутність принципового неприйняття корупції в будь-яких її проявах; хибне уявлення про службову солідарність і не донесення через це про відомі факти корупції із боку співробітників пенітенціарної системи; слабка психологічна підготовка, що не дозволяє протистояти тиску, як з боку товаришів по службі так і з боку засуджених, до прийняття корупції, як норми в повсякденному житті; зайвий конформізм у взаєминах з безпосереднім керівником, який або не веде до протидії корупції або прямо сприяє її поширенню серед підлеглих; відсутність життєвих навичок та вміння вирішувати виникаючі питання шляхом згладжування там, де це можливо, суперечок за умов суворого дотримання норм закону і не допущення спроб будь-яких підношень та ін.

Денис Чернишов вважає, що «зрощування» медперсоналу та працівників установ призвело до зловживань та корупційних дій. Зокрема, колишній заступник міністра зазначає, що під час проведення «діагностування» медичного напрямку було виявлено певне зрощування медичних працівників з працівниками, які забезпечували режим утримання в установах ДКВС, що призводило до зловживань, а іноді – до корупційних дій.

На його думку, це дозволяло в певній мірі приховувати злочини як працівників пенітенціарної системи, так і тих злочинців, які відбували покарання в системі. Разом з тим, так як, медичний персонал був підпорядкований керівництву установ виконання покарань, не завжди була можливість, дізнатися про суть проблеми, а також іноді пропускались деякі конкретні злочини, які відбувалися в цих установах [1].

В'ячеслав Свірець наголошує, що після виведення медперсоналу з-під прямого підпорядкування керівництва установ ДКВС лікарям не буде сенсу приховувати побої в ув'язнених [1].

Олена Почанська стверджує, що охорона здоров'я осіб, засуджених до позбавлення волі, забезпечується системою медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних заходів, а також поєднанням безоплатних та платних форм медичної допомоги, передбачених законодавством України. Проте, незважаючи на достатньо велику кількість нормативних документів, що складають нормативну основу для забезпечення права на охорону здоров'я засуджених громадян, на даний момент організація медичного обслуговування та надання медичної допомоги особам, позбавленим волі, є незадовільною, адже якість медичних послуг, які надаються громадянам, засудженим до позбавлення волі, знаходиться на вкрай низькому рівні, гостро відчувається брак ресурсів, обладнання, ліків та кваліфікованого персоналу, а самі медичні працівники залишаються залежними від керівництва установ виконання кримінальних покарань [2, с. 16].

З метою подолання існуючих як на законодавчому, так і на структурно-організаційному рівні проблем, пов'язаних із регулюванням та забезпеченням права засуджених на охорону здоров'я, Концепцію подальшого реформування (розвитку) пенітенціарної системи України передбачено удосконалення кадрового, фінансового та матеріально-технічного забезпечення системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби, а також поліпшення умов утримання осіб, засуджених до позбавлення волі, зокрема, створення в установах виконання покарань Центру охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби як необхідної підстави для здійснення реформи медичної служби пенітенціарних закладів і забезпечення незалежності лікаря від керівника установи виконання покарань, що, насамперед, сприятиме неупередженому встановленню діагнозів та якісному наданню медичної допомоги особам, засудженим до позбавлення волі в Україні [2, с. 16–17].

Отже, перед Міністерством юстиції України, як центральним органом виконавчої влади, до компетенції якого належить реалізація державної політики у сфері виконання кримінальних покарань, постало важливе

завдання – реформувати вітчизняну модель організації пенітенціарної охорони здоров'я ДКВС.

Потрібно відмітити, що Державна установа «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» утворена розпорядженням Кабінету Міністрів України 13 вересня 2017 р. № 684-р «Про утворення державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України».

Відтак, для забезпечення реалізації заходів, передбачених Концепцією, Мін'юстом було видано наказ «Про утворення Державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» від 02.11.2017 № 3394/5, яким одночасно було затверджене й Положення про Державну установу «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України». Зокрема, відповідно до Положення, «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» є бюджетним неприбутковим закладом охорони здоров'я, створеним для виконання завдань ДКВС із забезпечення якісних медичних послуг засудженим та особам, узятим під варту, державного санітарно-епідеміологічного нагляду в УВП та слідчих ізоляторах ДКВС України, що належать до сфери управління Мін'юсту [3]. Водночас, це дозволить відокремити персонал медичних закладів Державної кримінально-виконавчої служби, від керівництва установ виконання покарань.

Потрібно відмітити, що в зв'язку з утворенням Державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» відтепер керівник установи не впливає на медичних працівників, які працюють в системі охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби, зокрема ні на їх преміювання, ні на кар'єрний ріст.

Отже, медичний персонал системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України напряду підпорядковуються «Центру охорони здоров'я», який входить в систему Мін'юсту», що сприятиме зменшенню корупції та зловживань.

### **Список використаних джерел**

1. Центр охорони здоров'я кримінально-виконавчої служби очолив Сергій Васильєв. URL: <https://www.unian.ua/health/country/10084571-centr-ohoroni-zdorov-ya-kriminalno-vikonavchoji-sluzhbi-ocholiv-sergiy-vasilyev.html> (дата звернення : 29.05.2023).

2. Почанська О.С. Особливості забезпечення права на охорону здоров'я громадян, засуджених до позбавлення волі в Україні. Актуальні проблеми правового забезпечення протидії злочинності : тези доп. учасників наук.-

практ. семін. (Харків, 14 трав. 2020 р.) ; Наук.-дослід. ін-т публ. політики і соц. наук. Харків : НДІ ППСН, 2020. С. 14–17.

3. Про утворення Державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» : наказ Міністерства юстиції України від 02.11.2017 № 3394/5. URL: [https://minjust.gov.ua/files/general/2018/03/03/20180303092\\_109-49.pdf](https://minjust.gov.ua/files/general/2018/03/03/20180303092_109-49.pdf) (дата звернення : 29.05.2023).

**Бондаренко Ольга Сергіївна,**

завідувач кафедри кримінально-правових дисциплін та судочинства  
Навчально-наукового інституту права Сумського державного університету,  
доктор юридичних наук, доцент

## **ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ СОЦІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ЯК СПОСІБ ПРОТИДІЇ КОРУПЦІЇ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Проблема оновлення й перезавантаження системи охорони здоров'я радянського зразка назріла вже давно. Одним із ключових напрямів такого оновлення було саме запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування є дієвим способом покриття витрат пацієнтів на лікування, діагностику, профілактику та реабілітацію в разі хвороби чи нещасного випадку. Водночас, незважаючи на нагальну невідкладність на регуляторному рівні, ця проблема досі не вирішена. До Верховної Ради України було подано кілька законопроектів, але жодний із них досі не прийнятий.

На думку С. Козменка та І. Охріменка, основною проблемою ухвалення остаточної редакції закону є відсутність комплексного підходу до реформування сучасного механізму фінансування сектора охорони здоров'я на основі загальнообов'язкового медичного страхування [1].

Показовим щодо запровадження обов'язкового медичного страхування є досвід однієї з колишніх соціалістичних держав – Республіки Польща. Згідно із законом про загальнообов'язкове медичне страхування з 1 січня 1999 р. кожний громадянин сплачує обов'язковий страховий внесок, який компенсують відповідним зменшенням податку на прибуток, що означає зменшення доходів державного бюджету на величину внесків, спрямованих на загальнообов'язкове страхування здоров'я. На першому етапі цей внесок

становить 7,5 % величини доходів бруто, а із січня 2001 р. – 7,75 % цього показника. Ці кошти накопичує Пенсійний фонд, що розподіляє їх між 16 повністю автономними регіональними (на рівні кожного з воєводств), створеними законом та 1 відомчим (призначеним для обслуговування військовослужбовців, поліції та службовців інших воєнізованих формувань) фондами обов'язкового медичного страхування (16 регіональних і 1 відділення так званої «каси хворих»). У цьому разі кожний із пацієнтів має право вибору «каси хворих» із двох можливих. Проте, здебільшого вибір обмежений регіональним фондом пацієнтів на території проживання застрахованого [2].

Ми переконані, що підвищення рівня охорони здоров'я для всіх шляхом запровадження медичного страхування як самостійної системи товарних ринкових відносин у медичній галузі є пріоритетом сучасної системи охорони здоров'я в Україні. Уведення в нашій країні обов'язкового страхування повинно базуватися на прив'язаності застрахованої особи до певної території, що обслуговуваної страховою установою. Порядок переведення на певній території повинен бути чітко формально визначеним, для збалансування фінансових можливостей різних регіонів [3, с. 14].

На нашу думку, запровадження системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування може сприяти більш прозорому та ефективному управлінню фінансами та ресурсами у сфері охорони здоров'я, що може вплинути на зниження корупційних ризиків.

Ось кілька способів, за допомогою яких загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування може знизити рівень корупції:

По-перше, електронна система обліку. Запровадження електронної системи обліку медичних послуг та даних пацієнтів може допомогти виявити корупційні схеми, такі як подвійне фінансування чи завищення вартості послуг.

По-друге, контроль якості. У системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування можуть бути встановлені стандарти якості медичних послуг і процедури, яких необхідно дотримуватися. Це допоможе уникнути не тільки корупції, а й шахрайства.

По-третє, конкуренція та вибір пацієнта. У системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування пацієнти можуть мати більший вибір між різними суб'єктами надання медичних послуг та страховими компаніями. Це створює конкуренцію, яка може спонукати суб'єктів надання медичних послуг до покращення якості послуг і зниження випадків корупції, щоб привернути і зберегти клієнтів.

Усе це дозволить усунути корупційну складову з відносин між медичним працівником як суб'єктом надання медичних послуг і пацієнтом як особою, яка одержує таку послугу, або третіми особами (родичами пацієнта).

Поза тим, важливо зауважити, що хоча система загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування може сприяти зниженню корупції, це не є єдиним рішенням. Корупція в сфері охорони здоров'я має багато причин і факторів, і потребує комплексного підходу, включаючи законодавчі зміни, зміну культури та етики в системі охорони здоров'я, а також забезпечення ефективного контролю та нагляду.

### **Список використаних джерел**

1. Козьменко С. М., Охріменко І. О. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування в Україні. URL: <https://docviewer.yandex.ua/?url=http%3A%2F%2Flib.uabs.edu.ua> (дата звернення: 25.05.2023).

2. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я уроки для України. *Європейська комісія проекту Tacis BISTRO* : вебсайт. URL: [https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf) (дата звернення: 23.05.2023).

3. Данильченко Л. І. Дослідження особливостей та перспективи становлення страхової медицини в Україні в сучасних умовах. *ScienceRise. Medical science*. 2017. № 3. С. 9–15.

### **Бухало Ганна Олексіївна,**

асистент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

## **ІНТЕГРАЛЬНИЙ РІВЕНЬ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ДЕЯКІ ВІДОМІ ПОКАЗНИКИ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ УКРАЇНИ**

Зважаючи на важливість здоров'я в концепції людського розвитку, практична і наукова значимість оцінки інтегрального рівню здоров'я населення постійно зростає. В сучасних умовах комплексна оцінка здоров'я населення є важливою не лише для аналізу динаміки розвитку здоров'я населення та ефективності функціонування системи охорони здоров'я, вона є важливою складовою людського капіталу, який, в свою чергу, є одним із ключових факторів впливу на економічне зростання.

Як відомо, до цього часу не існує єдиного визначення поняття «здоров'я», яке б відображало різні сторони такого багатогранного явища. Так само не припиняються спроби відобразити таке складне поняття, як здоров'я, з використанням кількісної характеристики, однозначного показника, за допомогою якого можна було б продемонструвати стан здоров'я населення окремої області, території або країни, а також порівняти стан здоров'я різних груп населення і великих популяцій. Вважається, що найбільш достовірним показником є показник смертності, в якому відображається складна взаємодія різних факторів (медико-біологічних, соціально-економічних, демографічних та ін.), які здійснюють прямий чи непрямий вплив на стан здоров'я населення.

В міжнародній і вітчизняній практиці відомі досить багато інтегральних показників, за допомогою яких можливо здійснити комплексну оцінку стану здоров'я населення. Найбільш відомі з них: коефіцієнт життєстійкості населення, індекс людського розвитку, DALY (disability-adjusted life years), QALY (quality of life outcome / endpoint), DALE (disability adjusted life expectancy), HALE (healthy life expectancy), втрачені роки потенційного життя, медико-соціальний потенціал працездатності та інші. ВООЗ пропонує для комплексної оцінки стану здоров'я населення деякі окремі демографічні показники, наприклад, смертність немовлят і материнську смертність, оскільки вони характеризують не лише саме явище, а й стан системи охорони здоров'я в цілому, системи охорони материнства й дитинства, розподіл соціальних і матеріальних благ в окремій країні або на частині її території.

Українські дослідники запропонували наступні інтегральні показники стану здоров'я населення – індекс людського здоров'я (ІЛЗ), який розраховується на основі показників первинної захворюваності, первинної інвалідності та загальної смертності, та індекс медичного забезпечення населення (ІМЗН), для розрахунку якого використовуються показники забезпеченості населення лікарями, середнім медичним персоналом і лікарняними ліжками.

Розглянемо інтегральний рівень стану здоров'я населення України, розрахований за допомогою деяких згаданих коефіцієнтів (індексів), і порівняємо його з інтегральним рівнем стану здоров'я населення інших країн.

Один з найчастіше згадуваних інтегральних показників стану здоров'я населення – коефіцієнт життєстійкості населення. Він розраховується з використанням наступного комплексу показників:

- середня очікувана тривалість життя;
- смертність немовлят;
- якість продуктів харчування;

- бюджетні витрати на медичні, соціальні, екологічні програми.

Значення цього коефіцієнту може дорівнювати від 1, що є критичним значенням, до 5 балів (максимальне значення). За даними досліджень, країн із значенням цього коефіцієнту 5 виявлено не було. Коефіцієнт на рівні 4 балів мали країни Бенілюксу і Швеція, на рівні 3 балів – США, Японія. Рівень цього коефіцієнту для України складає 1,4 бали, що можна пояснити низькими витратами з бюджету на медичні, соціальні та екологічні програми. Україна витрачає на означені напрямки всього 4,8% ВВП. Лідерами за цим показником у світі є США (17,2%), Швейцарія (12.4%), Німеччина (11.3%).

Інший інтегральний показник – індекс людського розвитку (ІЛР). Його використовує ООН для щорічних звітів з людського розвитку, в яких порівнюються значення ІЛР в різних країнах. Цей показник характеризує рівень задоволення потреб людини та рівень забезпечення її прав. За методикою ООН, цей індекс враховує три складові: дохід на душу населення в країні, середню очікувану тривалість життя та рівень освіти населення. Індекс людського розвитку відображає не лише рівень добробуту в країні, а й ефективність витрачання державою і суспільством наявних фінансових ресурсів. Якщо країна має високий ІЛР, це означає, що її населення здорове, освічене і матеріально забезпечене. За даними МВФ, Україна є найбіднішою країною Європи. Валовий внутрішній продукт на душу населення в Україні складає 3 653 долари США, при тому, що середньосвітовий ВВП на душу населення – 11 058 доларів. Згідно звіту ООН за 2021 – 2022 рр., Україна посідає 77-е місце в рейтингу країн за значенням індексу людського розвитку серед 189 країн світу. Таке досить високе місце в рейтингу скоріше всього пояснюється доволі високим рівнем освіти українців, за яким вони ненабагато поступаються найрозвинутішим країнам світу і випереджають жителів практично всіх країн Азії, Африки та Латинської Америки. Доречи, рівень освіти громадян окремої країни визначається шляхом розрахунку індексів середньої і очікуваної тривалості навчання. Найвище значення ІЛР має Швейцарія, найнижче – Нігер.

Розглянемо такий спеціальний демографічний показник, як рівень смертності немовлят, тобто смертності дітей першого року життя, в якості інтегрального показника стану здоров'я населення. Адже цей індикатор використовується для порівняння розвитку країн та свідчить про розвиненість системи охорони здоров'я. За даними ООН, середньосвітовий показник смертності немовлят складає 49,4 на кожному тисячу живонароджених дітей. Значення цього коефіцієнту для України дорівнює 7,4 (159 місце в рейтингу країн світу за рівнем малюкової смертності).

Як бачимо, для розрахунку інтегрального рівня здоров'я населення країн використовуються в якості складових не лише ті показники, що безпосередньо характеризують стан здоров'я населення (народжуваність, смертність, середня тривалість життя, захворюваність, інвалідність та ін.). Враховуються також соціальні, економічні чинники, які прямо чи опосередковано здійснюють вплив на здоров'я людей. Освічене, культурне населення уважно ставиться до власного здоров'я, знає, як його зберегти і зміцнити, не соромиться звертатися до медичних працівників з питань щодо стану свого здоров'я, не займається самолікуванням...

Але недостатньо лише знань. Адже бідність, невлаштованість, невпевненість в завтрашньому дні є чи не головними чинниками, що спричиняють зниження народжуваності, зростання захворюваності, інвалідності, смертності... Тому потрібні ще відповідні дії з боку держави щодо забезпечення достойного матеріального рівню життя людей, який би дозволив їм посилити контроль за власним здоров'ям, зміцнювати його, вести здоровий спосіб життя, вживати якісні продукти харчування, в решті решт – збільшити тривалість здорового й активного життя. Довге і здорове життя є одним із стратегічних пріоритетів людини. Власне про це йдеться в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»: «Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України...»

#### **Список використаних джерел**

1. Методичні підходи до створення індексів для комплексної оцінки стану здоров'я населення та його забезпеченості медичною допомогою. Чорна В.В., Доценко В.М., Махнюк В.М., Могильний С.М., Очеретяна Г.В. ENVIRONMENT & HEALTH, № 1, 2021.

2. Звіт ООН про людський розвиток за 2021 – 2022 рр. - URL: <https://hdr.undp.org/human-development-report-2021-22>

3. Енциклопедія сучасної України - URL: <https://esu.com.ua/article-13350>

4. Основи законодавства України про охорону здоров'я - URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

**Бушуєва Інна Володимирівна**, завідувачка кафедри управління і економіки фармації та фармацевтичної технології Навчально-наукового інституту післядипломної освіти Запорізького державного медико-фармацевтичного університету доктор фармацевтичних наук, професор

**Хоменко Катерина Валеріївна**, викладач фармацевтичних дисциплін Черкаської медичної академії, аспірант

## **ПРАВОТВОРЧИЙ ПРОЦЕС У ВЕТЕРИНАРНІЙ МЕДИЦИНІ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ВЕТЕРИНАРНОГО ПРАВА У ЧАСТИНІ ЗАСТОСУВАННЯ ВЕТЕРИНАРНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРОТИМІКРОБНОЇ ДІЇ**

ВООЗ розробила цілу низку різних посібників, які покликані забезпечити якість процесу виробництва та щорічно публікуються у вигляді зведених матеріалів у доповідях Комітету експертів ВООЗ зі специфікацій для фармацевтичних препаратів (КЕСФП) у рамках серії технічних доповідей ВООЗ [1].

Найбільш значущими документами, у яких встановлюються стандарти якості протимікробних препаратів з точки зору проблеми АМР, є Керівництво з належної виробничій практиці для активних фармацевтичних інгредієнтів ІСН Q7 (2000), схожі Рекомендації ВООЗ щодо належної виробничої практики для активних фармацевтичних інгредієнтів (Annex 2, WHO Technical Report Series, No. 957) (2010) та Належна виробнича практика ВООЗ для фармацевтичних продуктів: базові принципи (Annex 2, WHO Technical Report Series, No. 986) (2014).

У поєднанні з такими документами, як Фармацевтична система якості ІСН Q10 (2008), Рекомендації ВООЗ щодо належної виробничої практики для лабораторій контролю якості фармацевтичної продукції (Annex 1, WHO Technical Report Series, No. 957) (2010) та Керівництво ВООЗ з управління ризиками при забезпеченні якості (Annex 2, WHO Technical Report Series No. 981) (2013) є регулярно оновлюваною нормативною базою для забезпечення виробництва фармацевтичної продукції належної якості, включаючи протимікробні препарати.

Докладніші вимоги щодо утилізації відходів та стічних вод до виробництва протимікробних препаратів містяться у Рекомендаціях ВООЗ щодо належної виробничій практиці для фармацевтичних препаратів, що містять небезпечні речовини (Annex 3, WHO Technical Report Series, No. 957) (2010). Відповідно до цих рекомендацій до небезпечних відносяться такі

речовини або продукти, які можуть становити значний ризик шкоди для здоров'я чи навколишнього середовища. Попадання протимікробних препаратів до навколишнього середовища середовище є значним ризиком шкоди як для здоров'я, так і навколишнього середовища і, отже, підпадає під дію цих рекомендацій.

У 2020 р. ВООЗ розробила рекомендації щодо природоохоронних аспектів належної виробничої практики для виробників та інспекторів з метою профілактики АМР: Список питань ВООЗ, які вимагають уваги з боку виробників та інспекторів: природоохоронні аспекти виробництва, необхідні для профілактики антимікробної резистентності (Annex 6, WHO Technical Report Series, No. 1025) (2020). У цьому документі безпосередньо розглядається проблема забруднення навколишнього середовища протимікробними речовинами у процесі виробництва.

#### **Список використаних джерел**

1. URL: <https://treaties.un.org/doc/Publication/UNTS/Volume%202685/volume-2685-A-34028.pdf#page=5>, станом на 1 травня 2021 г.)

2. Medicines quality assurance. In: WHO/Medicines and health products/Norms and standards: quality, safety and efficacy of medicines. [веб-сайт]. Geneva: World Health Organization; 20

**Гамбург Леонід Самойлович**, доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, кандидат юридичних наук

### **ОБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я В ІЗРАЇЛІ ТА МЕДИЧНІ СТРАХОВІ КАСИ: ПРАВОВОЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ**

Обов'язкове державне медичне страхування України залишається на рівні законопроектів. Тому є корисним урахування відповідного позитивного досвіду розвинених країн.

Закон про державне страхування здоров'я 1994 р., що набрав чинності 1 січня 1995 р., встановив право кожного жителя держави Ізраїль на отримання послуг у сфері охорони здоров'я. Відповідно до цього закону, «державне страхування здоров'я ґрунтується на принципах справедливості, рівності та взаємодопомоги» [1].

Кожен житель Ізраїлю має право записатися в одну з лікарняних кас на свій вибір, без умов та обмежень щодо його віку або стану здоров'я; має

право на отримання за допомогою його лікарняної каси всіх медичних послуг, що входять до кошика послуг у сфері охорони здоров'я, на розсуд медичного персоналу та з дотриманням його гідності, особистого простору та конфіденційності медичної інформації. Послуги повинні бути належної якості та надаватися у прийнятний термін та на доступній відстані від місця його проживання; кожен застрахований житель Ізраїлю має право перейти до іншої лікарняної каси; вибрати постачальника послуг, включаючи лікарів, осіб, які доглядають його, лікарні та медичні центри, зі списку постачальників послуг, які співпрацюють із страховою касою, членом якої він є, згідно з правилами вибору постачальників послуг, які час від часу публікує його страхова каса; має право на інформацію про лікарні, медичні центри та інших постачальників послуг, з якими співпрацює його страхова каса, та які встановлені їй правила вибору цих постачальників; має право ознайомитися зі статутом страхової каси та отримати від неї копію статуту; кожен житель держави Ізраїль має право отримати від будь-якої страхової каси повну інформацію про встановлені їй правила оплати медичних послуг, а також про запропоновані їй програми додаткових послуг у сфері охорони здоров'я; кожен застрахований має право подати скаргу інспектору, відповідальному за розгляд скарг населення у медичному закладі, в якому він пройшов лікування, або інспектору, відповідальному за розгляд скарг щодо порушення Закону про державне страхування здоров'я у Міністерстві охорони здоров'я [2].

Кожен страхувальник має право подати позов до районного суду з трудових конфліктів.

Медичне страхування в Ізраїлі є важливим складником системи охорони здоров'я країни. В Ізраїлі існує обов'язкове державне медичне страхування (National Health Insurance), яке охоплює всіх громадян та постійних резидентів країни.

Система медичного страхування в Ізраїлі ґрунтується на принципі обов'язкової участі всіх громадян та резидентів у страховій програмі. Кожен громадянин та постійний резидент зобов'язаний мати медичну страховку та сплачувати відповідні внески до Національної страхової каси.

Подібна система забезпечує доступ до якісної медичної допомоги для всіх громадян і резидентів країни, незалежно від їх доходів чи стану здоров'я. Держава Ізраїль підтримує широку мережу медичних закладів, включаючи лікарні, поліклініки та спеціалізовані медичні центри, де надається медична допомога і широкий спектр медичних послуг.

Медичне обслуговування в Ізраїлі, переважно, здійснюється за системою «лікар-пацієнт». Громадяни та резиденти можуть обирати свого лікаря первинної медичної допомоги та звертатися до нього без направлення.

При необхідності лікар первинної допомоги може направити пацієнта до спеціаліста або до госпіталю для подальшого обстеження чи лікування.

Медичне страхування в Ізраїлі покриває більшість видів медичної допомоги, включаючи відвідування лікарів, госпіталізацію, операції, лабораторні дослідження, ліки та навіть деякі види стоматологічної допомоги. Однак, деякі додаткові послуги можуть вимагати додаткових платежів або страхування.

Загалом медичне страхування в Ізраїлі відіграє важливу роль у забезпеченні доступності та якості медичної допомоги для всіх громадян та резидентів країни. Це дозволяє забезпечити основні медичні потреби громадян Ізраїлю та інших осіб, які мають право на медичне страхування. При цьому система охорони здоров'я ґрунтується на обов'язковій участі громадян у медичній страховій програмі. Страхування забезпечується через чотири основні медичні страхові каси, відомі як Купат Холім. Це – система обов'язкової охорони здоров'я в Ізраїлі, яка надає населенню великі медичні послуги. Вона була створена 1995 р. у результаті реформи охорони здоров'я у країні. Кожен громадянин Ізраїлю повинен мати страховку Купат Холім, яку можна вибрати з кількох доступних організацій.

Правове забезпечення Купат Холім ґрунтується на згаданому Законі про обов'язкове страхування здоров'я та національну систему охорони здоров'я, що встановлює стандарти та процедури для надання медичної допомоги населенню. В рамках цієї системи гарантуються доступність і якість медичного обслуговування.

Організації Купат Холім надають широкий спектр медичного обслуговування, включаючи профілактичні огляди, консультації фахівців, госпіталізацію, ліки та інші медичні процедури. Вони фінансуються через соціальні страхові внески, які стягуються з громадян та резидентів Ізраїлю.

Система Купат Холім регулюється також відомчими правовими нормами та положеннями Міністерства охорони здоров'я Ізраїлю, яке розробляє проекти законодавчих змін і поправок, спрямованих на забезпечення якісного та доступного медичного обслуговування для всіх жителів країни.

Купат Холім Клаліт – Clalit Health Services: є найбільшою медичною страховою касою в Ізраїлі, заснованою 1911 р. Вона обслуговує близько 53% населення країни.

Купат Холім Меухедет – Meuhedet Health Services: ця страхова каса заснована у 1936 р. та обслуговує близько 25% ізраїльського населення.

Купат Холім Леуміт – Leumit Health Services: вона є третьою за величиною страховою касою в Ізраїлі, заснованою 1940 р., та обслуговує близько 15% населення країни.

Купат Холім Макабі – Maccabi Healthcare Services: ця страхова каса, також заснована 1940 р., обслуговує близько 7% населення Ізраїлю.

Кожна з цих страхових кас надає своїм членам широкий спектр медичного обслуговування, включаючи первинну медичну допомогу, консультації спеціалістів, госпіталізацію, ліки та інші медичні процедури. Члени страхових кас сплачують місячні внески залежно від свого доходу та віку, а також сплачують невеликі частки від вартості конкретних медичних послуг.

Медичні установи та заклади всіх основних медичних страхових кас Ізраїлю активно впроваджують цифрові та інші інноваційні технології у галузі охорони здоров'я. Вони розробили різні цифрові інструменти та програми, які дозволяють членам каси отримувати онлайн-консультації з лікарями, записуватися на прийом, отримувати електронні рецепти та багато іншого.

Медична страховка в Ізраїлі зазвичай покриває широкий спектр медичного обслуговування, включаючи консультації лікарів, госпіталізацію, лабораторні дослідження, діагностичні процедури, ліки та реабілітацію. Однак деякі послуги, такі як естетична хірургія можуть бути виключені з покриття.

В Ізраїлі діє система «коплати» (co-payment), коли пацієнти сплачують невелику частку вартості деяких медичних послуг та ліків, окрім обов'язкових медичних страхових внесків. Це зменшує навантаження на національну систему охорони здоров'я. Конкретні правила та ставки «коплати» можуть відрізнятися залежно від послуги та типу страховки. Але система «коплати» має обмеження та стандарти для захисту вразливих груп населення. Наприклад, діти, вагітні жінки, інваліди та пацієнти, які страждають на деякі хронічні захворювання можуть бути звільнені від «коплати» або мати знижені ставки [3].

Водночас в галузі охорони здоров'я Ізраїлю існують етнічні, класові, інфраструктурні та кадрові проблеми, розрив між периферією та центром, бюджетні обмеженості, додаткові страхування всупереч законодавчому принципу рівності. Необхідним є національний план з їх вирішення.

### **Список використаних джерел**

1. Что представляет собой Закон о страховании здоровья. URL: <https://www.btl>.

gov.il/RussianHomePage/Gvia\_ru/dmeBituhachBriiut\_ru/Pages/mahuHokBituhachBriiut\_ru.aspx

2. Положение о государственном медицинском страховании (выбор между поставщиками услуг) (поправка), 2023 г. URL: <https://www.gov.il/he/departments/legalInfo/bituah21>

3. Снижение личного участия на 40% при оплате дней госпитализации в отделениях тяжелобольных пожилых лиц. URL: <https://www.gov.il/ru/Departments/news/27062022-01>

**Дем'янчук Юрій Вікторович**, професор кафедри приватного та публічного права Навчально-наукового інституту права та сучасних технологій Київського національного університету технологій та дизайну, доктор юридичних наук, доцент

## **АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ БЕЗПЕЧНИХ УМОВ ПРАЦІ В ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ УКРАЇНИ**

Нині, актуальним завданням сьогодення в наш тривожний час, як ніколи раніше, є створення безпечних умов праці для учасників освітнього процесу в Україні. У першу чергу потрібно попередити та запобігти виникненню ситуацій, які загрожують здоров'ю та життю людини. Такими питаннями займається охорона праці в галузі. Це способи та дії, що спрямовані на збереження життєдіяльності людини в Україні.

У будь-якому закладі освіти, від дошкільного до післядипломного в Україні. У типових освітніх планах і типових освітніх програмах визначається зміст й обсяги навчання з питань охорони праці та безпеки життєдіяльності [2].

У підручниках, освітніх посібниках, методичних матеріалах із спеціальних дисциплін повинні передбачатись розділи з охорони праці за відповідною тематикою та в закладах освіти мають щорічно проводитись тижні знань із безпеки життєдіяльності.

У дошкільних закладах освіти вихованці мають вивчати, за планом освітньо-виховної роботи закладу освіти, питання охорони життя, здоров'я та норм поведінки.

У середніх закладах освіти учні повинні вивчати, за освітнім планом і програмою закладу освіти, питання охорони життя, здоров'я та безпеки праці. Але щорічно вивчення даних питань повинно підтверджуватись перевіркою знань із відповідними записами про їх результати у класному журналі.

При вивченні загальноосвітніх дисциплін, спецкурсів і факультативів, при проведенні практичних і лабораторних занять, на уроках трудового навчання повинні вивчатися питання охорони праці, пов'язані з тематикою даних дисциплін і праць [3].

У позашкільних закладах освіти у планах освітньо-виховної роботи вивчення питань охорони життя, здоров'я та безпеки праці, пов'язаних із профілем повинно передбачатися напрямами та конкретною тематикою освітньо-виховної роботи закладу освіти.

Учні професійно-технічних закладів освіти повинні вдосконалювати набуті знання, вивчаючи дисципліну „Охорона праці”. При підготовці працівників за професіями специфічні питання охорони праці для конкретних професій повинні вивчатися в курсах спеціальних і загальнотехнічних дисциплін із метою поєднання технологічної підготовки з підготовкою з охорони праці.

У закладах вищої освіти, незалежно від рівня акредитації, здобувачі освіти вивчають комплекс нормативних освітніх дисциплін „Безпека життєдіяльності”, „Основи охорони праці” й „Охорона праці в галузі”, а також окремі питання з охорони праці та безпеки життєдіяльності в загальнотехнічних і спеціальних дисциплінах, що органічно пов'язані з їх тематикою.

У закладах післядипломної освіти, незалежно від рівня акредитації закладів післядипломної освіти й освітньо-кваліфікаційного ступеня слухачів, освітні плани повинні передбачати вивчення дисциплін з охорони праці [1].

На основі вищевказаного можна дійти висновку, що в типовому освітньому плані та типовій освітній програмі будь-якого закладу освіти обов'язково мають виокремлені питання щодо охорони праці у відповідній галузі, щоб попередити та запобігати виникненню ситуацій, що загрожують здоров'ю та життю людини в Україні в цілому.

#### **Список використаних джерел:**

1. Про затвердження Положення про організацію роботи з охорони праці та безпеки життєдіяльності учасників освітнього процесу в установах і закладах освіти: Наказ Міністерства освіти і науки України від 26.12.2017 № 1669. Дата оновлення: 13.03.2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0100-18#Text> (дата звернення: 29.05.2023).

2. Дем'янчук Ю. В., Суббот А. І., Годяк А. І. Науково-практичний коментар до Глави 12 Кодексу України про адміністративні правопорушення (Адміністративні правопорушення, пов'язані з корупцією). Київ: Юрінком Інтер, 2020. 792 с.

3. Demianchuk Yu., Savchenko L., Subbot A. Influence of corruption on the economic development of Ukraine in terms of reformation: a retrospective analysis. *Baltic Journal of Economic Studies*. Riga: Publishing House „Baltija Publishing”, 2018. Vol. 4, № 3 June. P. 276–282.

**Дічко Ганна Олегівна,**

старший викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного і фармацевтичного права Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, кандидат юридичних наук

### **ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ВЛК ТА МОЖЛИВІ РІШЕННЯ**

У зв'язку з воєнним станом на території України, однією з першочергових задач є забезпечення комфортних умов для захисників. На жаль, через бойові дії значна кількість військових отримує поранення або інші ускладнення здоров'я. Тому актуальною є проблема проходження військово-лікарської експертизи – медичного огляду щодо визначення ступеня придатності до військової служби, установлення причинного зв'язку захворювань, травм (поранень, контузій, каліцтв) військовослужбовців, або визначення потреби у відпустці після завершення лікування чи у зв'язку з хворобою/лікуванням (реабілітацією), протезуванням, тощо. Даний вид експертизи проводиться військово-лікарськими комісіями – спеціальними підрозділами, що утворюються в закладах охорони здоров'я МВС, НГУ та ЗСУ для проведення лікарської та військово-лікарської експертизи.

Оскільки система ВЛК не була створена для функціонування в умовах повномасштабного вторгнення, існують складнощі в її роботі. Медичних працівників такого профілю не вистачає, щоб задовільнити потреби всіх військових. Це призводить до великих черг і необхідності днями чекати на прийом лікаря. Друга складність – документообіг, оскільки переважна кількість направлень і бланків заповнюється від руки, що також подовжує час проходження процедури.

Зважаючи на актуальний запит з боку суспільства, парламент займається реформуванням законодавства у цій сфері. Наразі створено два законопроекти, покликані пришвидшити та спростити роботу ВЛК. Перший з них – «Про внесення змін до статті 70 Основ законодавства України про охорону здоров'я (щодо роботи військово-лікарських комісій)» від 27 березня 2023 року. Цей законопроект містить важливе оновлення – частину другу

згаданої статті пропонується викласти в такій редакції: «Військово-лікарська експертиза здійснюється військово-лікарськими комісіями, які створюються при територіальних центрах комплектування та соціальної підтримки і закладах охорони здоров'я сектору безпеки і оборони, зокрема Міністерства оборони України, Служби безпеки України, інших органів сектору безпеки і оборони. Військово-лікарські комісії також можуть створюватись при державних та комунальних закладах охорони здоров'я». Отже, пропонується збільшити кількість ВЛК за рахунок непрофільних закладів охорони здоров'я. Це зменшить черги та пришвидшить проходження комісії для військовослужбовців. Другий законопроект «Про внесення змін до Статуту внутрішньої служби Збройних Сил України щодо удосконалення окремих питань оформлення військовослужбовцям медичних документів, направлення на лікування». Він передбачає спрощене, порівняно з попередньою процедурою, оформлення довідки про обставини травми (поранення, контузії, каліцтва) і висновків ВЛК про відпустку для лікування у зв'язку з хворобою та непридатність до служби. Наразі робота над цими законопроектами вже завершена і вони знаходяться на фінальному етапі погодження.

Також, Міністерство цифрової трансформації України разом з Міністерством оборони України, Міністерством охорони здоров'я, Міністерством у справах ветеранів, Міністерством соціальної політики наразі розробили план з удосконалення роботи військово-лікарських комісій. Основними напрямками змін є:

- Фінансування (впровадженій пакет медичних послуг у рамках Програми медичних гарантій, залучення цивільних закладів охорони здоров'я – їхню кількість та перелік визначено керівництвом обласних військових адміністрацій; НСЗУ укладає договори з закладами охорони здоров'я та забезпечує оплату наданих послуг);

- Безоплатні послуги (проведення медичних оглядів, лабораторних та інструментальних досліджень, направлення за наявності показань до інших закладів охорони здоров'я, оформлення довідок та формування медичних висновків щодо стану здоров'я);

- Збільшення кількості гарнізонних ВЛК для розширення пропускнуої спроможності

- Удосконалення процесу документообігу між військовими частинами та закладами охорони здоров'я.

- Покращення сервісу (розробка рекомендації щодо організації роботи ВЛК та обслуговування відвідувачів, проведення виїзних засідання військово-лікарської експертизи до військовослужбовців).

- Цифровізація (розробка процесу документообігу, електронної черги для ВЛК, залучення військових закладів до роботи з електронними системами охорони здоров'я і їх забезпечення комп'ютерною технікою).

На рівні громадянського суспільства також є ініціативи з покращення якості життя військових, що отримали поранення. Можна виділити діяльність правозахисного центру для військових «Принцип». Він надає інформаційну підтримку, аналізує і досліджує тенденції у цій сфері, а також має на меті допомогти державі стати більш ефективною, щоб поранені військові були зосереджені на відновленні власного здоров'я, а не подоланні бюрократичних перепон.

В якості підсумку, необхідно зазначити, що лікування і реабілітація військовослужбовців це першочергові напрямки діяльності в рамках охорони здоров'я. Для військових мають бути створені максимально комфортні умови – це той мінімум, який може і має реалізувати громадянське суспільство і державна влада.

**Каплій Ольга Петрівна,**

провідний юрисконсульт юридичного відділу Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, магістр права

## **ТРАСФОРМАЦІЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ**

Система охорони здоров'я України зазнала руйнівного впливу внаслідок розпочатої Росією великої війни у 2022 році.

Війна спричинила масове переміщення людей, загострення тяжких захворювань, поширення рідкісних у минулому хвороб, проблеми ментального здоров'я, професійного вигорання й переміщення медпрацівників, руйнування інфраструктури та ланцюгів постачання, а також значне падіння доходів людей і держави.

Україна не є унікальною в тому, що її систему охорони здоров'я руйнує збройний конфлікт, і розуміння того, як реформувати та фінансувати медичну допомогу в умовах війни з метою зміцнення системи охорони здоров'я та підвищення її сталого розвитку та стійкості, дедалі зростає.

Незважаючи на продовження війни, уряд України висловив бажання підготуватися до відновлення та відбудови всіх галузей економіки, зокрема й галузі охорони здоров'я. Війна призвела до збільшення потреб населення в медичній допомозі, водночас знизивши здатність системи надавати послуги,

при цьому в різних регіонах країни ситуація суттєво різниться. Деякі заклади були зруйновані, в той час як інші переповнені пацієнтами, які звертаються по допомогу у зв'язку з травмами та пораненнями внаслідок воєнних дій. Проблеми переміщення великої кількості населення та необхідності задовольняти нові потреби в галузі охорони здоров'я посилюються наслідками війни, що впливають на спроможність системи надавати послуги. Наприклад, люди з хронічними захворюваннями відчують погіршення їхнього стану через перерване лікування. Дані виклики, разом із наслідками пандемії COVID-19, посилили вплив війни на здоров'я населення, спричинивши сплеск потреб в психологічній допомозі та психосоціалній підтримці. Даний сплеск почався з початком повномасштабного вторгнення РФ та, ймовірно, триватиме й надалі. Наслідки порушень надання профілактичних послуг будуть все більш помітні протягом наступних років, зокрема підвищений ризик інфекційних захворювань, яким можна запобігти за допомогою вакцинації. Без цілеспрямованих зусиль з метою надолужити ці важливі інтервенції в галузі охорони здоров'я, вплив проблем, спричинених війною, може дорівнювати або перевищити показники прямої захворюваності та смертності, що пов'язані з бойовими діями [1].

Сектор охорони здоров'я є одним із найбільш постраждалих внаслідок війни.

Програма медичних гарантій не в повній мірі відображає пакети пріоритетних послуг, які набувають першочергового значення в умовах війни та у пост-воєнний період (лікування травм, опіків, реабілітація, послуги з психічного здоров'я). Державні програми у сфері охорони здоров'я не враховують втрат системи охорони здоров'я, понесених збитків, необхідних змін пріоритетів у сфері охорони здоров'я (переліку медичних послуг та станів). Система охорони здоров'я зазнає також особливого навантаження у зв'язку із міграцією населення (близько 7 млн. українців стали вимушеними переселенцями) та втратами та переміщеннями медичних працівників. За період війни 12 медичних працівників загинуло, 47 поранено. 2 372 працівників центрів екстреної медичної допомоги перебувають на окупованих територіях. 2 273 медичних працівників виїхали за кордон (0,5% від усієї кількості медичних працівників в країні), 1714 лікарів та 1095 медичних сестер змінили місце роботи через війну. Брак кадрової та організаційної спроможності системи охорони здоров'я надавати послуги з реабілітації та психічного здоров'я загострює ситуацію із забезпеченням потреби громадян у якісних і доступних послугах.

Головною метою реалізації Плану відновлення у сфері охорони здоров'я є відновлення та розвиток системи охорони здоров'я з новою якістю і доступністю послуг для задоволення потреб громадян.

Для реалізації цієї мети План відновлення сфери охорони здоров'я передбачає:

1) Посилення політик та інститутів національної системи охорони здоров'я для керівництва процесом відновлення, що передбачає впровадження універсальних підходів та інструментів врядування, що забезпечують професійну автономію, сталість і спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я; створення ефективної системи міжсекторального співробітництва для забезпечення загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я на основі затверджених політик, які базуються на фактичних даних; створення системи ефективного управління закладами охорони здоров'я, яка забезпечує громадську підзвітність та нагляд.

2) Забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я шляхом запровадження гнучких методів фінансування у сфері охорони здоров'я, розширення програми медичних гарантій, розвитку ринку добровільного медичного страхування;

3) Відновлення та трансформація мережі закладів охорони здоров'я, які відбуваються відповідно до підходів до госпітального планування та спрямовані на забезпечення надання базових послуг з охорони здоров'я шляхом розширення послуг первинної медичної допомоги, впровадження моделі роботи мультидисциплінарних команд на рівні первинної медичної допомоги, впровадження багаторічних договорів між Національною службою здоров'я України та закладами охорони здоров'я.

4) Посилення медичних послуг для задоволення особливих потреб людей (включаючи ВПО, ветеранів війни), викликаних війною, що передбачає розвиток реабілітаційної допомоги, розвиток послуг з психічного здоров'я, які наближені до людини та громад, розвиток травматологічних, ортопедичних, опікових та послуг інтенсивної терапії, вдосконалення пакетів програми медичних гарантій для врахування потреб ветеранів війни і осіб, постраждалих від воєнних дій;

5) Зміцнення та посилення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я шляхом здійснення заходів щодо інтеграції освіти та наукової діяльності у сфері охорони здоров'я до сучасного міжнародного контексту; планування та забезпечення кадрів системи охорони здоров'я в обсягах та структурі відповідно до потреб системи; створення умов для забезпечення професійного благополуччя працівників сфери охорони здоров'я.

6) Посилення системи громадського здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, що передбачає забезпечення функціонування спроможної системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження хвороб, своєчасне виявлення викликів для здоров'я та реагування на них, створення координаційного механізму в системі громадського здоров'я; забезпечення функціонування національної системи крові для гарантування державою рівноправного та своєчасного доступу пацієнтів до безпечних та якісних компонентів донорської крові у достатній кількості.

7) Розвиток електронної охорони здоров'я та посилення кібербезпеки. шляхом формування єдиного медичного інформаційного простору з національною і транскордонною інтероперабельністю та наскрізними процесами та сервісами; забезпечення інфраструктурних та технічних умов надання якісних медичних послуг із використанням інформаційно-комунікаційних систем на всіх рівнях; створення зручних та прозорих механізмів доступу користувачів до повних даних про своє здоров'я, управління цією інформацією.

8) Посилення системи управління якістю на національному та місцевому рівнях, що передбачає розробку і впровадження елементів системи забезпечення якості в охороні здоров'я на національному рівні та на рівні закладу охорони здоров'я.

9) Відновлення фармацевтичного сектора, покращення доступу та належне використання ліків шляхом гармонізації державних політик доступу до лікарських засобів та медичних виробів; утворення незалежної агенції з оцінювання медичних технологій у якості єдиного експертного органу, який забезпечує обґрунтованість та доказову базу відбору та оцінювання ефективності лікарських засобів, медичних виробів; стимулювання розвитку фармацевтичної галузі з фокусом на стимулювання інвестицій в R&D, локалізацію та інші методи освоєння новітніх технологій виробництва лікарських засобів та медичних виробів, сприяння проведенню клінічних досліджень в Україні, посилення контролю за непорушенням прав інтелектуальної власності, повноцінне запровадження у національне законодавство принципу Болар (можливості реєстрації генеричних лікарських засобів до моменту закінчення дії патенту на оригінальний лікарський засіб) та інших сучасних інструментів, спрямованих на посилення галузі; забезпечення доступу населення до якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів, шляхом встановлення в Україні суворої регуляторної системи, належним чином визнаної на міжнародному рівні [2].

Враховуючи масштаби та важливість міжнародної допомоги для підтримки як відбудови системи охорони здоров'я, так і надання послуг, ці механізми фінансування вимагатимуть спеціальних механізмів управління.

Належне врядування є дуже важливою складовою реформи охорони здоров'я. Проблеми управління є звичним явищем у постраждалих від кризи регіонах із припливом різноманітних стейкхолдерів – НУО, агенцій ООН, донорів із різними повноваженнями, досвідом і планами.

Це може призвести до виникнення погано скоординованих і паралельних систем, фрагментації та, зрештою, розмивання управління та цілей центральної влади.

Нагальним для підтримки належного управління є те, щоб зовнішнє фінансування спрямовувалося через центральне агентство, яке не залежить від донорів (наприклад, ЄБРР).

Має бути створена незалежна установа, яка буде тісно пов'язана з центральним національним органом (центральним урядом та/або МОЗ) для прямого використання коштів від закордонних донорів, будь то урядові, неурядові чи приватні організації. Необхідність такого функціоналу зникне, якщо/коли Україна приєднається до ЄС.

#### **Список використаних джерел**

1. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я України. ВООЗ 2022. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/361136/WHO-EURO-2022-5750-45515-65487-ukr.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

2. Національна рада відновлення України від наслідків війни «Проект плану відновлення України», матеріали робочої групи. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/recoveryrada/ua/health-care.pdf>

**Кирбят'єв Олег Олександрович**, старший інспектор з особливих доручень відділу протидії кіберзлочинам в Запорізькій області Департаменту кіберполіції Національної поліції України, доктор юридичних наук, доцент

### **ОСНОВНІ ЗАСАДИ ДОТРИМАННЯ КІБЕРБЕЗПЕКИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЇЇ КОРИСТУВАЧІВ**

За минулий рік українська електронна система охорони здоров'я “відбила” низку цілеспрямованих фішингових та DDoS-атак. Ворожі атаки на медичну систему мали дві основні цілі – фізичне знищення об'єктів інфраструктури та заволодіння персональними даними пацієнтів.

Міністерство охорони здоров'я разом з іншими інституціями напрацьовано низку документів, що регламентують політики інформаційної безпеки сфери, триває робота зі створення галузевого кіберцентру у сфері охорони здоров'я (SOC) та впровадження системи управління інформаційною безпекою та подіями безпеки (SIEM), вживаються заходи для підвищення рівня кібербезпеки закладів охорони здоров'я [1].

Всі перелічені заходи, безумовно, будуть сприяти підвищенню ступеню захищеності національної електронної системи охорони здоров'я. У багатьох електронно розвинутих країнах вже створені та працюють кіберцентри, метою яких є належний кіберзахист тих чи інших електронних ресурсів (серверів, систем, мереж тощо).

Кіберцентри SOC (Security Operations Center чи Центр забезпечення безпеки) – це групи фахівців з кібербезпеки, які, за допомогою моніторингового програмного забезпечення, яке працює 24/7 та відстежує систему на проникнення ззовні, знаходяться наготові та у разі виявлення стороннього проникнення, включаються особисто у процес його усунення та подолання його наслідків, якщо такі відбулися. Вказаний алгоритм роботи вельми дієвий та забезпечує постійний надійний захист системи.

Щоб мінімізувати випадки проникнення, робота SOC повинна поєднуватися з періодичним проведенням тестувань системи на проникнення. Тобто вона вимагає проведення таких заходів з поліпшення кібербезпеки, як періодичне (зазвичай два рази на рік) проведення пентестингу (Penetration Testing чи Тест на проникнення), метою якого є штучно показати слабкі місця у кіберзахисті системи. Пентестинг проводиться за допомогою відповідного програмного забезпечення у поєднанні з участю спеціалістів з кібербезпеки. Метою їх є злам системи ними, вказування на місця проникнення та способи, з використанням яких цей злам відбувся. Все це відображається у відповідному звіті, який слугує у подальшому орієнтиром для усунення цих недоліків у кіберзахисті системи. Фіксять (усувають недоліки), як правило, такі ж спеціалісти – програмісти системи, запрошені спеціалісти тощо.

Описаний алгоритм тестування та усунення недоліків – він безперервно циклічний. Робота ж SOC (моніторинг) – постійна. У загальних рисах так повинен працювати кіберзахист системи зі сторони адміністрації системи.

Окрім вказаного питання кіберзахисту системи на проникнення, є, так би мовити, «легальні» її користувачі. Тобто ті, хто має законне право її використовувати та вносити інформацію відповідно до наданого рівня доступу. Це лікарі, пацієнти у межах своїх особистих кабінетів тощо.

Зупинимось на лікарях, які мають особисті ключі доступу до системи, та право внесення змін у межах пацієнтів, їх даних, історій хвороб, щеплень й

т.і. Тобто мають доступ до бази даних, яка міститься у вказаній системі. Як ми зазначали на початку, атаки на медичну систему, серед іншого, мають за ціль - заволодіння персональними даними пацієнтів. Це заволодіння може відбуватися й через користувачів системи, які мають доступ до неї, перебувають на посадах та, відповідно, можуть зловживати своїм службовим становищем.

Тому, тут хочеться зупинитися на питанні відповідальності для всіх незаконних дій перелічених вище категорій осіб та службовців. А саме, діючим законодавством на сьогодні передбачено достатньо широка та здебільшого вичерпна низка статей Кримінального кодексу України, які передбачають кримінальну відповідальність за дії, вказані у їх диспозиціях, які можуть вчинюватися вказаними учасниками функціонування та використання електронної системи охорони здоров'я України. А саме:

- стаття 361. Несанкціоноване втручання в роботу інформаційних (автоматизованих), електронних комунікаційних, інформаційно-комунікаційних систем, електронних комунікаційних мереж;

- стаття 361-2. Несанкціоновані збут або розповсюдження інформації з обмеженим доступом, яка зберігається в електронно-обчислювальних машинах (комп'ютерах), автоматизованих системах, комп'ютерних мережах або на носіях такої інформації;

- стаття 362. Несанкціоновані дії з інформацією, яка оброблюється в електронно-обчислювальних машинах (комп'ютерах), автоматизованих системах, комп'ютерних мережах або зберігається на носіях такої інформації, вчинені особою, яка має право доступу до неї;

- стаття 363. Порушення правил експлуатації електронно-обчислювальних машин (комп'ютерів), автоматизованих систем, комп'ютерних мереж чи мереж електрозв'язку або порядку чи правил захисту інформації, яка в них оброблюється;

- стаття 364. Зловживання владою або службовим становищем (при наявності спеціального суб'єкту правопорушення) [2].

### **Список використаних джерел**

1. Офіційний канал народного депутата Михайла Радутського - голови Комітету ВР з питань здоров'я нації. URL: <https://t.me/radutsky/3164> (дата звернення: 01.07.2023р.).

2. Кримінальний кодекс України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text> (дата звернення: 01.07.2023р.).

**Король Кристина Валеріївна** студентка магістратури спеціальності «Соціальна робота» кафедри соціальної роботи та психології Національного університету «Запорізька політехніка» (м. Запоріжжя)

**Кузьмін Віктор Володимирович** виконувач обов'язків завідувача кафедри соціальної роботи та психології Національного університету «Запорізька політехніка» (м. Запоріжжя) кандидат соціологічних наук, доцент

**Кузьміна Марія Олегівна**

викладач кафедри соціальної роботи та психології Національного університету «Запорізька політехніка» (м. Запоріжжя)

## **ПРАВОВІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З СІМ'ЯМИ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ**

Як показує досвід діяльності міжнародних соціальних працівників, першочерговим завданням соціальних працівників/спеціалізованих соціальних працівників є створення умов для утримання дітей сім'єю. Оскільки діти не можуть гармонійно розвиватися поза домом, батьки повинні вміти створити хорошу домашню обстановку (атмосферу щастя, любові та розуміння). Це основне положення Конвенції ООН про права дитини, викладене в преамбулі документу, підкреслює важливість створення системи соціальної підтримки сімей, щоб гарантувати, серед іншого, права дітей на сім'ю.

Ще в 1960-х роках у Сполучених Штатах було доведено, що зусилля, спрямовані на батьків (соціальні служби), можуть принести користь і дітям, покращуючи їх добробут, сприяючи соціальному розвитку та позитивно впливаючи на майбутні покоління. У зв'язку з цим увага держави та громадськості має бути зосереджена на соціальному супроводі біологічних сімей, щоб підвищити компетентність батьків при одночасному покращенні спроможності біологічних сімей виховувати дітей.

Регламент Ради Європи про права дитини та розвиток соціальних послуг, орієнтованих на дитину та сім'ю, наголошує на основних принципах, яких уряди повинні дотримуватися у своїх послугах розвитку для дітей та сімей: дії в інтересах дитини; сімейно-орієнтований підхід; участь дітей та їх батьків у житті суспільства; комплексність, інтеграція та взаємодія надавачів послуг у процесі ведення справи.

На сучасному етапі розвитку України пріоритети національної політики визначаються на основі міжнародних стандартів і норм з урахуванням реалій

країни щодо становища сім'ї та дітей. Зокрема, важливою складовою державної політики України є удосконалення законодавчих механізмів забезпечення прав дитини та підтримки сімей з дітьми, а саме: розробка правил і норм, які організують життя дитини в її найкращих інтересах, удосконалення існуючих або створення нових, послідовно виконувати всі нормативні положення, визначені чинним законодавством. Конституція України, кодекси та закони України визначають нормативно-правові засади забезпечення прав дитини та підтримки сімей з дітьми, механізми реалізації державної політики відображені в підзаконних актах (постановах Кабінету Міністрів України, наказах міністерств та установ щодо директив, процедур тощо).

Основною гарантією прав дитини є Конституція України. Згідно з цим документом, основний принцип захисту прав дитини в країні полягає в тому, що діти користуються рівними правами незалежно від народження, законного чи позашлюбного народження. Крім того, Конституція гарантує: правовий захист, матеріальну і моральну підтримку матері і дитини (ст. 24); державний захист сім'ї, дітей, матерів і батьків (ст. 51); притягнення до відповідальності за жорстоке поводження з дитиною та її експлуатацію; виховання та утримання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування (ст. 52), право на освіту (ст. 53) тощо [1].

Основними кодексами, що забезпечують права сімей з дітьми та дітей, які опинилися у складних життєвих обставинах, є Сімейний кодекс (СК), Кримінальний кодекс (КК), Цивільний кодекс (ЦК) України, основними законами є Кодекс України про охорону дитинства, дитячі заклади та закон про дитячі спеціальні установи, «Організаційно-правові умови забезпечення соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування», «Соціальна робота з сім'єю, дітьми та підлітками», «Про соціальне обслуговування» та ін. Положення, що регулюють сімейні відносини, захист сімейних прав, обов'язки подружжя, влаштування дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, права та обов'язки батьків і дітей, положення, що гарантують захист дітей від жорстокого поводження та насильства, закріплені в Сімейному кодексі України. Цивільний кодекс України містить положення щодо захисту цивільних прав та інтересів осіб і сімей, опіки та піклування, права власності, представництва інтересів тощо [2; 3; 4].

Закон України «Про охорону дитинства» закріплює основні принципи державної політики у сфері охорони дитинства в Україні, які ґрунтуються на забезпеченні якнайкращих інтересів дитини. Закон, зокрема, визначає: ключові поняття («забезпечення якнайкращих інтересів дитини», «діти, які

перебувають у складних життєвих обставинах», та ін.), що дозволяє в Україні планувати та здійснювати заходи з охорони дитинства відповідно до міжнародних стандартів.

Засади державної політики щодо соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, відображено в Законі України «Про організаційно-правові умови забезпечення соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування». Законодавчі положення розкривають характер державної підтримки цієї категорії дітей, їх влаштування та соціальний супровід, гарантують права дітей-сиріт, студентів і випускників закладів для дітей, позбавлених батьківського піклування. Серед визначених законом орієнтирів державної політики: створення умов для реалізації права кожної дитини на виховання в сім'ї; виховання та виховання дітей відповідно до принципу спорідненості; надання пріоритету влаштуванню дітей у сім'ю; забезпечення для кожної дитини державних соціальних стандартів і нормативів; попередження соціального сирітства [2].

Для соціальної роботи з уразливими верствами населення основним є Закон України «Про соціальну роботу із сім'ями, дітьми та молоддю». Цей нормативний документ визначає суб'єктів соціальної роботи, їх завдання, права та обов'язки, окреслює основні принципи, сфери та рівні здійснення соціальної роботи, напрями політики країни у сфері соціальної роботи з сім'єю, дітьми та молоддю» [3].

Конкретним кроком у розвитку системи соціальних послуг для вразливих верств населення є підготовка нової редакції Закону України «Про соціальні послуги». Зокрема, законопроект визначає основні організаційно-правові засади функціонування системи соціальних служб та їх спрямованість на запобігання виникненню складних життєвих ситуацій, сприяння їх подоланню або мінімізації. Проект встановив ряд нових термінів (зокрема «кейс-менеджмент», «уразливі групи», «мінімальні стандарти соціальних послуг», «національні стандарти соціальних послуг», «соціальне замовлення», «супервізія» тощо), а також передбачив цілі та принципи надання соціальних послуг, права та обов'язки отримувачів і надавачів соціальних послуг, порядок надання таких послуг [4].

У реальній ситуації соціального розвитку в Україні досить багато сімей/осіб потребують соціальної підтримки. Як зазначалося раніше, збільшення кількості потенційних отримувачів соціальних послуг зумовлене погіршенням соціально-економічних умов, російською військовою агресією, вимушеним переселенням великої кількості громадян, скороченням та низьким рівнем надання базових соціальних послуг громадян.

В сучасних умовах розвитку в Україні актуальним завданням є розробка нової моделі соціальної роботи для неблагополучних сімей з дітьми. Модель спрямована на:

Найкраще задовольнити потреби незахищених сімей з дітьми, враховуючи можливості суспільства.

Максимально ефективно інтегрувати потенціал та зусилля фахівців громади (соціальних працівників, вчителів, вихователів, психологів, соціальних педагогів, лікарів, працівників служби у справах дітей, МВС) для підтримки вразливих сімей з дітьми.

Запобігання сімейним проблемам, налагодження партнерських стосунків із сім'ями та дітьми та сприяння підвищенню батьківської та професійної відповідальності за становище дітей.

Реальні механізми забезпечення прав дітей та незахищених громадян у разі порушення їх прав відповідно до міжнародних стандартів.

Нові форми соціальної роботи для вразливих сімей з дітьми мають бути спрямовані на забезпечення їхніх потреб, попередження сімейних проблем, а не на боротьбу з наслідками негативу, який закрадається. У зв'язку з цим варто розглянути три групи факторів, які при несвоєчасному втручанні призводять до складних життєвих ситуацій, які сім'я не може подолати самотійно:

1. Кризові явища в соціально-економічній сфері (падіння рівня життя, зростання бідності сімей, погіршення умов виховання дітей; скорочення соціальної інфраструктури для дітей, різке зниження рівня соціальної захищеності дітей та сімей); невирішеність житлових проблем; асоціальні групи проти та їх вплив на мікросередовище сімейного життя дитини).

2. Психолого-педагогічні чинники (проблеми, пов'язані зі стосунками в сім'ї та вихованням дітей у сім'ї: самоусунення батьків від навчання, нехтування потребами дітей, відчуження між поколіннями та ін.).

3. Фізіологічні чинники (фізична або психічна хвороба батьків, різні форми залежності від батьків, діти з генетичними вадами, діти з інвалідністю в сім'ї тощо).

Серйозність цих проблем зумовлена, зокрема, тим фактом, що національна соціальна політика не визнає пріоритетом права дітей жити та рости у своїх родинах.

Ідея сім'ї як основного інституту успішної, активної соціалізації дітей як особистості повинна стояти в авангарді національної філософії, здатної зміцнювати суспільство та стимулювати його оновлення.

Держава має заохочувати сім'ю до продовження роду, підтримувати сім'ю у вихованні дітей, виховувати свідомих, активних і відповідальних

громадян — патріотів, здатних сприяти добробуту суспільства і народу. Саме це допоможе забезпечити благополуччя дитини та всієї родини.

Тому першочерговим критерієм ефективності тих чи інших рішень на державному чи місцевому рівнях має бути їх позитивний вплив на добробут дітей і сімей, на їх здатність виховувати дітей, долати труднощі, підтримувати найбільш незахищених членів сім'ї.

Основою стратегічного підходу до подальшого розвитку сімейної політики має стати концепція партнерства з сім'єю, утвердження сімейних цінностей, формування засад свідомого батьківства, взаємоповаги, усвідомлення участі у підтримці літніх членів сім'ї, людей з обмеженими можливостями, хворими та з життєвими труднощами.

Для комплексної підтримки сімей з дітьми, координації дій усіх надавачів послуг та ефективного використання ресурсів рекомендується комплексний підхід, за якого суб'єкти соціальної роботи в громаді розробляють та ухвалюють спільні стратегічні цілі. Наприклад, такими цілями можуть бути: «Забезпечення безпечного та сприятливого середовища для реалізації потенціалу кожного члена громади», «Створення дружнього та сприятливого середовища для сімей і дітей» [4].

Основним об'єктом і суб'єктом соціальної роботи має бути не окрема людина, а сім'я, яка перебуває у складній життєвій ситуації, або сім'я, у якій складно живе одна особа. Враховуючи це, необхідно: звести до мінімуму будь-яку форму інституційного догляду за дітьми та іншими особами (людей з особливими потребами, людей похилого віку). В Україні ці процеси вже почалися, оскільки послуги вдома та в громаді ефективніші та дешевші. Сприяти розвитку ринку соціальних послуг, запроваджуючи реальні механізми соціального замовлення на рівні громади, що дасть змогу розширити коло надавачів соціальних послуг та створити конкурентне середовище, що в свою чергу сприятиме підвищенню якості. Забезпечити доступність послуг на рівні громади, перелік та види необхідних послуг визначати на основі досліджень потреб жителів громади, реалізовувати такі підходи у співпраці з отримувачами послуг, щоб гарантувати взаємодію національної системи грошової допомоги та соціальних послуг, а також допомагати швидше подолати складні життєві обставини. Беручи до уваги той факт, що сім'ї стають все більш уразливими, надання базового пакету послуг, який включає не лише медичні та освітні послуги, а й послуги з підтримки батьківства; особисту підтримку та послуги реабілітації для тих, хто живе в скрутному становищі; раннє виявлення проблем; форми сімейного виховання тощо. Запровадити в кожній громаді посади спеціалістів із соціальної роботи, відповідальних за виявлення складних життєвих обставин,

організацію та координацію допомоги та підтримки соціально незахищених верств населення/сімей з дітьми.

### **Список використаних джерел**

1. Конституція України від 28 червня 1996 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

2. Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування: Закон України від 13.01.2005 № 2342-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2342-15#Text> (дата звернення: 23.02.2023)

3. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю: Закон України від 21.06.2001 № 2558-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2558-14#Text> (дата звернення: 23.02.2023)

4. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text> (дата звернення: 23.02.2023)

**Краснокутський Олександр**, професор кафедри соціальної філософії та управління Запорізького національного університету, доктор філософських наук, доцент

## **ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПРАВОВОЇ КУЛЬТУРИ ЯК ЧИННИК ОПТИМІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ І ЗДІЙСНЕННЯ МЕДИЧНИХ РЕФОРМ В УКРАЇНІ**

Конституція України в статті першій проголосила правовий вектор розбудови української державності, національного публічно-управлінського процесу, здійснення відповідних реформ, у тому числі в медичній сфері.

Повноцінна реалізація цього вектору можлива завдяки плідній діяльності освітніх інституцій, що продукують юридичну освіту, центрів надання безоплатної правової допомоги, юридичних відділів, консультацій і клінік, правничих кафедр і факультетів, інших організацій, котрі сприяють підвищенню правової культури й свідомості громадян України, а відтак наближають Українську державу до європейських стандартів правової державності, надання медичних послуг.

Спробуємо концептуально окреслити стратегічні напрями діяльності таких організацій. Але спочатку традиційно звернемося до уточнення понятійно-категоріального апарату, який є своєрідним методологічним ключем до якісної юридичної освіти, а разом із тим – і юридичної практики.

Визначаючи поняття «правова культура», розкриваючи його цілісний зміст, слід виходити з трьох моментів: по-перше, правова культура постає як один із основних різновидів культурного феномена; по-друге, у своїй системній цілісності вона представлена матеріальною й духовною структуроутворюючими складовими; по-третє, взяті разом ці складові виступають як прояви складної, щонайменше, дворівневої, її сутності [2, с. 90-93].

Виходячи із цих методологічних позицій, правову культуру можна визначити як окрему категорію для позначення правової системи, що історично склалася, інститутів державно-організованого суспільства, які з нею корелюють, а також обумовлених їх діяльністю правових знань і мотивів, форм, способів і методів правової діяльності, цінностей, оцінок, із необхідністю притаманних кожному народу, класу, нації, іншій соціальній групі, окремій особистості на певному етапі їх розвитку.

Запропоноване визначення правового культурного явища, порівняно з іншими спробами понятійно-категоріального визначення даного феномена, має ряд очевидних переваг, серед яких, насамперед, виокремлюються такі: а) дане визначення відповідає трьом вищезазначеним методологічним моментам, на які слід орієнтуватися, приступаючи до розкриття змісту «правової культури»; б) воно дозволяє достатньо повно фіксувати результати діяльності попередніх поколінь конкретно визначеного соціального організму у такій найважливішій сфері його життєдіяльності, як правова, включаючи, у першу чергу, матеріальну й духовну культурні складові, а не обмежуючись якоюсь однією з них; в) запропонована дефініція акцентує увагу на обумовленості правових знань, оцінок, мотивів дій суб'єктів права реально існуючими факторами матеріального порядку, серед яких, із одного боку, – усталений порядок організації правової системи, котра виступає передусім як сукупність наявних правових відносин, а з іншого, – політико-правові та інші інститути державно-організованого суспільства тощо, які (усі фактори, взяті разом) виступають найважливішими структурними елементами правової культури, тощо.

Правовій культурі притаманні, як мінімум, чотири специфічні риси: а) вона утворюється й формується значно пізніше інших компонентів загальної культури; б) розвиток правової культури зазвичай розпочинається з якісних змін не стільки у світі матеріальному, скільки у світі духовному; в) правова культура належить до феноменів надбудовного порядку, внаслідок чого її розвиток, зрештою, обумовлюється розвитком безпосередньо самого базису; г) підвищення рівня вказаної культури робить можливим поступальний рух правової свідомості.

На протязі трьох останніх десятиліть вітчизняної історії нестабільна, спотворена, викривлена, фактично деформована державно-політична буттєвість, її правова компонента, обумовила істотні викривлення, наявні деформації в сучасній правовій культурі українського суспільства, внаслідок чого її рівень протягом тривалого часу залишається мінімальним, мізерним, зведеним до традиційного ритуалізму [1, с. 212-213; 3, с. 4], що, врешті-решт, стримує поступальний розвиток правової свідомості, гальмує повноцінне розгортання національного державотворчого процесу, здійснення необхідних медичних реформ.

Для того, аби вести серйозну дискусію навколо шляхів оптимізації розвитку правового культурного явища в умовах сучасної України, ключові з яких потенційно розглядалися б як складові науково обґрунтованого комплексу заходів із підвищення рівня правової культури українського суспільства, необхідні комплексні, виважені філософсько-наукові дослідження цього феномена, що дають повноцінну теоретичну модель останнього, зокрема, й уявлення про базову закономірність, якій він підпорядковується у своєму розвитку.

Програма щодо вдосконалення й підвищення рівня правової культури в сучасному українському суспільстві, до детальної проробки, логічного доопрацювання й реалізації якої можна приступати невідкладно, складається з чотирьох провідних концептуальних напрямів-чинників, виступаючих у ролі своєрідних культуротворчо-правових дороговказів: по-перше, зростання елементарної правової грамотності громадян; по-друге, підвищення їх правової освіченості; по-третє, підвищення теоретичного обґрунтування існуючої правової реальності, перспектив її подальшого розвитку, збільшення ефективності теорії права; по-четверте, формування прогресивної правової ідеології.

Реалізація згаданої програми та її напрямків дозволить суттєво оптимізувати правову свідомість українських громадян, а отже, вітчизняний державотворчий публічно-управлінський процес воєнної і поствоєнної України, здійснення медичних реформ за кращими світовими практиками і стандартами. Чималу роль у цьому можуть відігравати національні центри юридичної освіти і науки, профільні правничі кафедри і відділи.

#### **Список використаних джерел**

1. Герасіна Л.М. Деформації правосвідомості та правової культури сучасного українського суспільства / Л.М. Герасіна, М.І. Панов, М.П. Требін // Правосвідомість і правова культура як базові чинники державотворчого процесу в Україні: монографія / [Л.М. Герасіна, О.Г. Данильян, О.П. Дзьобань

та ін.]; Нац. юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого. Х: Право, 2009. С. 212-243.

2. Краснокутський О.В. Культурно-правовий чинник оптимізації розвитку ідеології державотворення в Україні // Антропологічні виміри філософських досліджень: зб. наук. праць. Дніпропетровськ: ДНУЗТ, 2014. Вип. 6. С. 89-100.

3. Правова культура в умовах становлення громадянського суспільства: монографія / [Битяк Ю.П., Яковюк І.В., Петришин О.В. та ін.] ; за ред. Ю.П. Битяка, І.В. Яковюка; НДІ державного будівництва та місцевого самоврядування АПрН України. Х.: Право, 2007. 246 с.

**Лисак Віталій Вікторович**, заступник голови районної адміністрації Запорізької міської ради по Вознесенівському району, кандидат наук з державного управління

**Буканов Григорій Миколайович**, професор кафедри конституційного, адміністративного та трудового права Національного університету «Запорізька політехніка», доктор наук з державного управління, професор

## **ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК СУБ'ЄКТИ ЗДІЙСНЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Соціальна політика – це система правових, управлінських, організаційних, регулятивних та саморегулятивних заходів і дій, цілеспрямованої діяльності суб'єктів господарювання, скерована на забезпечення оптимального функціонування соціальних відносин, умов для їх розвитку, всебічної самореалізації соціального потенціалу особистості, її соціальної безпеки [1].

Важливу роль у соціальній політиці відіграють суб'єкти – людина, держава, суспільство, соціальні спільноти та інститути, політичні партії, громадські організації, асоціації громадян, фонди, колективи тощо, тобто суб'єкти публічної сфери [1].

Саме публічність соціальної політики визначається провідною роллю у її формуванні держави та органів місцевого самоврядування.

Публічна соціальна політика покликана в першу чергу захистити та забезпечити соціальні права людини, такі як право на достатній життєвий рівень, одяг, житло, харчування, соціальний захист, в тому числі в разі втрати

роботи або працездатності. Важливими соціальними правами є права на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, адже вони пов'язані із захистом та забезпеченням найвищих соціальних цінностей – життя та здоров'я людини.

У часи важких соціальних потрясінь, в тому числі під час воєнного стану, забезпечення соціальних прав людини стає особливо важливим на тлі постійних загроз втрати життя і здоров'я, майна, звичного соціального середовища, роботи та фінансової стабільності, що викликані перманентними бойовими діями, які можуть нести катастрофічні наслідки для мирного населення.

Для протидії цим страшним наслідкам дуже важливою є єдність та згуртованість суспільства, активна участь не лише держави і органів місцевого самоврядування в реалізації публічної соціальної політики, але і організацій громадянського суспільства, підприємств та установ різних форм власності.

Важливу роль в умовах воєнного стану відіграють заклади охорони здоров'я. Відповідно до чинного українського законодавства, заклад охорони здоров'я - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації [2].

В період воєнного часу, окрім медичного обслуговування, що є беззаперечно надважливим для збереження життя та покращення здоров'я людини, багато закладів охорони здоров'я беруть на себе додаткові соціальні функції, часто з власної ініціативи.

Гуманітарні штаби регіонів, до складу яких входять представники органів державної влади та місцевого самоврядування, координують питання роздачі гуманітарної допомоги, в тому числі через заклади охорони здоров'я переважно комунальної форми власності.

Цікаві ініціативи з питань покращення соціальної політики мають деякі заклади охорони здоров'я приватної форми власності. До прикладу, на базі ТОВ «Клініка первинної медичної допомоги № 1» у співпраці з організаціями громадянського суспільства, надається, окрім медичного обслуговування, цілий ряд безоплатних соціальних послуг для вразливих категорій населення (внутрішньо переміщених осіб, осіб з інвалідністю, багатодітних та малозабезпечених громадян тощо). Це, наприклад, роздача продуктів харчування та засобів гігієни, лікарських засобів, консультації психолога,

надання допомоги в пошуку роботи, консультації з отримання різних видів соціальної допомоги, юридичні консультації тощо [3].

Вважаємо, що державі та органам місцевого самоврядування варто підтримати зазначені ініціативи закладів охорони здоров'я усіх форм власності, чим остаточно включити їх в коло суб'єктів публічної соціальної політики України. Для цього необхідно розробити систему стимулів та інших механізмів публічної підтримки, а також відповідні програми соціально-економічного розвитку, загальнодержавну та місцеві. В програмах слід передбачити проекти, спрямовані на публічне забезпечення потреб закладів охорони здоров'я, які надають або сприяють наданню соціальних послуг соціально вразливим категоріям населення під час воєнного стану.

### **Список використаних джерел**

1. Озаровська А. В. Публічне управління, державне управління, соціальна політика як складові соціального управління. URL: <https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/21976/1/b4c141c2-da8d-47ad-a957-4e1126162f84%20-%202014.pdf>

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

3. Шкарупа С. Допомога вимушеним переселенцям від YMCA-Запоріжжя. URL: <https://mig.com.ua/dopomoha-vymushenyum-pereselentsiam-vid-ymca-zaporizhzhia/>

**Лисенко Тетяна Володимирівна**, доцент кафедри теорії та історії держави і права та міжнародного права Інституту економіки і права Класичного приватного університету, кандидат юридичних наук

## **ВАКЦИНАЦІЯ ДІТЕЙ: ПРАВОВІ АСПЕКТИ НОРМОТВОРЧОСТІ**

Держава існує для людини для захисту її прав та свобод. Там де відносини врегульовані правом, там і захист життя дітей в державі регулюється законодавством та державними органами. Відповідно до Принципу 4 Декларації прав дитини проголошеної Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй 20 листопада 1959 року дитина має користуватися благами соціального забезпечення. Їй має належати право на здорове зростання і розвиток; з цією метою спеціальні догляд і охорона мають бути забезпечені дитині та її матері, зокрема належний допологовий і післяпологовий догляд. Дитина повинна мати право на належні харчування,

житло, відпочинок і медичне обслуговування [8]. Життя і здоров'я – це найцінніше, що є у людини. У статті 27 Конституції України зазначено, що кожна людина має невід'ємне право на життя, а ч. 2. ст. 27 закріплено, що обов'язок держави – захищати життя людини [9]. Слушно зазначити, що відповідно до статті 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. [9]. Ч. 3 ст. 284 ЦКУ визначає, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, проводиться за її згодою [10; 15].

Важливо підкресли, що відповідно до статті 27 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", статей 1, 12 та 13 Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб" та Закону України "Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 роки", з метою забезпечення епідемічного благополуччя населення України та попередження інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики був прийнятий Наказ МОЗ від 16.09.2011 № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» , яким затверджено: 1. Календар профілактичних щеплень в Україні. 2. Положення про організацію і проведення профілактичних щеплень . 3. Перелік медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень. 4. Порядок відпуску громадянам вакцин та анатоксинів через аптечну мережу. 5. Порядок забезпечення належних умов зберігання, транспортування, приймання та обліку вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного в Україні [17].

Календар профілактичних щеплень в Україні, відповідно до Наказу МОЗ від 16.09.2011 № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» – це нормативно-правовий акт центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, яким встановлюються перелік обов'язкових профілактичних щеплень та оптимальні строки їх проведення. Цей Календар включає обов'язкові профілактичні щеплення з метою запобігання захворюванням на дифтерію, кашлюк, кір, поліомієліт, правець, туберкульоз. Інші обов'язкові щеплення встановлюються відповідно до Календаря для груп населення: за віком; щеплення дітей з порушенням цього Календаря; щеплення ВІЛ-інфікованих осіб; за станом здоров'я; щеплення дітей після алло/ауто-ТСК (трансплантація стовбурових гемопоетичних клітин); щеплення на ендемічних і ензоотичних територіях та за епідемічними показаннями. У разі

загрози виникнення особливо небезпечної інфекційної хвороби або масового поширення небезпечної інфекційної хвороби на відповідних територіях та об'єктах можуть проводитися обов'язкові профілактичні щеплення проти цієї інфекційної хвороби. При вирішенні питання про щеплення дітей з порушенням Календаря необхідно проводити вакцинацію з дотриманням мінімальних інтервалів. Не слід розпочинати серію вакцинації спочатку, якщо була пропущена доза, незалежно від того, скільки часу минуло. Необхідно ввести дози, яких не вистачає, за графіком з дотриманням мінімальних інтервалів. Мінімальний інтервал - інтервал, який допускається до введення вакцини/анатоксину проти однієї і тієї самої інфекції особам з порушенням Календаря [17].

У ст. 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» закріплено, що згода інформованого пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта віком до 14 років ..., медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників [12]. Ч.1 ст. 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» визначає, що особам, які не досягли п'ятнадцятирічного віку..., щеплення проводяться за згодою їх батьків. Особам віком від п'ятнадцяти до вісімнадцяти років профілактичні щеплення проводяться за їх згодою та за згодою батьків [11]. Як ми бачимо, вище окреслені норми встановлюють, що вакцинація – це право людини, яким вона користується свідомо, зважаючи всі ризики та переваги. Згода людини на проведення даних маніпуляцій є обов'язковою. Разом з тим, Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного добробуту населення» у ст. 1 визначає, поняття санітарного та епідемічного добробуту населення [13, ст.1]. Небезпекою, яку несуть в собі інфекційні захворювання є ризики важких ускладнень, інвалідності та смерті. Від інфекційних хвороб, які передаються повітряно-крапельним шляхом, як правило, можна захиститись шляхом вакцинації, яка покликана стимулювати імунну систему організму. В ст. 10 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено, що кожен громадянин повинен піклуватися про своє здоров'я і здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян, проходити профілактичні медичні огляди та робити щеплення. Разом з тим, в статті 43 визначено, що пацієнт має дати згоду на будь-яку медичну допомогу, в тому числі на щеплення (за винятком коли існує пряма загроза життю, наприклад, у випадку діагностики сказу у хворого) [12]. Таким чином, вакцинуватись чи відмовитись від вакцинації вирішує сам пацієнт, адже це його право, а не обов'язок. Згідно ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права, держави, окрім іншого, мають вживати заходи щодо попередження та лікування

епідемічних захворювань та боротьби з ними [14]. Попри це зазначається, що держави мають забезпечувати медико-санітарну допомогу, яка містить у собі й програми імунізації проти основних інфекційних хвороб [14]. Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб» у ст. 12 визначено, що профілактичні щеплення проти дифтерії, кашлюка, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу є обов'язковими та включаються до календаря щеплень [11]. Конвенція «Про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину)» у ст. 5 визначає, що будь-яке втручання у сферу здоров'я може здійснюватися тільки після добровільної та свідомої згоди на нього відповідної особи [6]. Відповідна особа у будь-який час може безперешкодно відкликати свою згоду. Такій особі заздалегідь має бути надана відповідна інформація про мету і характер втручання, а також про його наслідки та ризики. Не менш важливими є ч. 5,6 та 7 статті Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», в яких фіксуються ті положення, яким на практиці, на жаль, приділяється найменше уваги, а саме: профілактичні щеплення проводяться після медичного огляду особи в разі відсутності у неї відповідних медичних протипоказань [11]. Саме в даних аспектах проведення профілактичних щеплень практика, на жаль, є невтішною. Адже, як ми маємо змогу спостерігати, побічна дія вакцинації, в багатьох випадках тісно пов'язана з недообстеженням пацієнта. Тобто, етап профілактики та вчасного діагностування або відсутній взагалі, або ж прискорений у часі та поверхневий. Як результат, якщо захворювання не діагностують вчасно, то збіг у часі появи симптомів і щеплення в більшості пересічна людина сприймає, як наслідок щеплення, навіть якщо підстави для таких звинувачень відсутні [15]. МОЗ затвердило наказ, що вніс зміни до правил вакцинації проти COVID-19 (наказ МОЗ «Про введення в дію Рішення оперативного штабу Міністерства охорони здоров'я України з реагування на ситуації з поширення інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом вакцинації від 26 серпня 2022 року» від 02.09.2022 № 1586; далі — Наказ № 1586). Він дозволяє щеплювати від коронавірусу дітей віком до 12 років. Щеплення дітей віком 5—11 років здійснюватимуть вакциною Comirnaty (Pfizer). При цьому обов'язкова інформована згода батьків або опікунів за формою № 063-2/о. Раніше в Україні була дозволена вакцинація дітей віком від 12 років. Планову вакцинацію проти інших інфекційних хвороб (за винятком неживої вакцини проти грипу) НТГЕІ рекомендує проводити з інтервалом у 14 днів з вакцинацією проти COVID-19. Цей рекомендований мінімальний інтервал між вакцинами наразі є запобіжним і допомагає уникнути помилкового зарахування несприятливій події після імнізації до конкретної вакцини.

Вакцини проти COVID-19 можна вводити одночасно з неживою вакциною проти грипу під час одного візиту у різні кінцівки або з будь-яким часовим проміжком [16].

Сучасні реалії свідчать, що наразі відсутня інформація, рекомендації чи нормативні акти, які б регулювали питання стосовно того, що робити людині та куди їй звертатись у разі виявлення побічних реакцій після вакцинації. Сьогодні людина сама бере на себе відповідальність і приймає рішення на користь вакцинації, але якщо «щось піде не так» залишається з проблемою сам на сам, адже, як правило, ні лікар, ні держава не беруть на себе жодну відповідальність. Тому пересічному громадянину потрібно зважувати користь і ризик володіючи при цьому об'єктивною інформацією, щодо якості вакцини та її впливу на організм людини. Необхідно введення в чинне законодавство норм та прозорих процесуальних механізмів, які б передбачали встановлення відповідальності за негативні наслідки, які настали внаслідок щеплення дітей. Всі ці аспекти в сукупності підвищили б довіру громадян до вакцинації та сприяли б усуненню колізій чинного законодавства та непорозумінь на практиці. Єдиного рецепта як переконати людей робити щеплення немає [15].

Доречно зазначити, що міжнародному праві було прийнято низку актів для врегулювання важливих питань в медичному праві. В Україні Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я [1] набула чинності 1.01.16. Основоположними міжнародними документами щодо забезпечення права на охорону здоров'я є Загальна декларація прав людини [2], проголошена Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй 10 грудня 1948 року, Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (1950 рік, ETS № 5) [3], Європейська соціальна хартія (1961 рік, ETS № 35) [4], Конвенція про розробку Європейської фармакопеї (1964 рік, ETS № 50) [5] та Протокол до неї (1989 рік, ETS № 134), Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину (1997 рік, ETS № 164) [6] та Додаткові протоколи до неї (1998 рік, ETS № 168, 2002 рік, ETS № 186, 2005 рік, CETS № 195, 2008 рік, CETS № 203), Конвенція про кіберзлочинність (2001 рік, ETS № 185) [7]; також інша відповідна робота Ради Європи, зокрема рішення Комітету міністрів та роботу Парламентської Асамблеї, а саме Резолюцію AP(2001)2 про роль фармацевтів у рамках заходів забезпечення безпеки здоров'я, відповіді, прийняті Комітетом міністрів 6 квітня 2005 року та 26 вересня 2007 року стосовно Рекомендацій Парламентської Асамблеї 1673 (2004) про «Підроблення: проблеми та вирішення» та 1794 (2007) про «Якість лікарських засобів у Європі», а також відповідні програми, які проводяться Радою

Європи [1]. Зазначені правові документи відіграють важливу роль для нормотворчої діяльності кожної держави, в тому числі для України, адже внутрішнє законодавство, не повинно суперечити зовнішнім нормам європейського права.

Врахування позитивного зарубіжного досвіду забезпечення права на охорону здоров'я для України на глобальному рівні є важливим кроком, для уникнення прогалин в законодавстві та на практиці, адже життя та здоров'я є найбільшою цінністю і держава зобов'язана забезпечити якісне медичне обслуговування дітям .

### **Список використаних джерел**

1. Про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я: Конвенція Ради Європи, ратифікація від 07.06.2012р. № 4908-VI. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_a91](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_a91)
2. Загальна декларація прав людини від 10.12.1948 р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_015](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015)
3. Конвенцію про захист прав людини і основоположних свобод від 02.10.2013 р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_004](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004).
4. Європейська соціальна хартія (ETS N 35) від 03.05.1996. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_300](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_300)
5. Конвенцію про розробку Європейської фармакопеї від 16.10.2012. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_328](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_328)
6. Конвенцію про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенцію про права людини та біомедицину від 25.01.2005. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_334](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334)
7. Конвенцію про кіберзлочинність від 07.09.2005 . URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_575](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_575)
8. Декларації прав дитини проголошеної Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй 20 листопада 1959 року. URL: <https://chl.kiev.ua/Default.aspx?id=331>
9. Конституція України від 28 червня 1996 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
10. Цивільний кодекс України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
- 11 Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 06.04.2000 № 1645-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14>
12. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2801-12>

13. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994 № 4004-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>

14. Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/go/995\\_042](https://zakon.rada.gov.ua/go/995_042)

15. Француз-Яковець Т.А. Правові аспекти проведення вакцинації в Україні: між правами особи та інтересами суспільства / Т. А. Француз-Яковець // Legal Bulletin. - 2022. - № 4. - С. 17-25. URL: <https://lbku.krok.edu.ua/index.php/legal-bulletin/article/view/338>

16. Про введення в дію Рішення оперативного штабу Міністерства охорони здоров'я України з реагування на ситуації з поширення інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом вакцинації від 26 серпня 2022 року: наказ МОЗ від 02.09.2022 № 1586. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ33931>.

17. Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігумедичних імунобіологічних препаратів: наказ МОЗ від 16.09.2011 № 595. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1159-11#Text>

**Набок Ангеліна Іванівна,**

аспірант кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

## **ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ ТА ВОЄННОГО СТАНУ НА ОРГАНІЗАЦІЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ**

В Україні з метою обліку хворих із злоякісним новоутворенням (ЗН) і створення їх єдиного інформаційного середовища та автоматизованої системи обробки статистичних даних було створено Національний канцер-реєстр України (НКРУ) відповідно до наказу МОЗ України №10 від 22.01.1996 р. «Про створення національного канцер-реєстру України». Також, стрімко розвивається реформування медичної галузі в Україні та у 2020-2022 роках відбувається активне впровадження пакетів Програми медичних гарантій (ПМГ), які б мали сприяти ранньому виявленню онкологічних захворювань (ОЗ) та збільшити попит на лікувальні послуги, що надаються безоплатно. Проте дані роки відзначалися сплесками епідемії захворювання на COVID-19 з відповідними карантинними обмеженнями та воєнним станом, які спричинили зменшення звернень до онкологічних закладів охорони здоров'я пацієнтів з відповідними захворюваннями, що, безумовно, вплинуло на частоту виявлення ЗН в українській популяції [1, 3, 4].

Достовірна інформація про особливості розвитку онкоепідеміологічної ситуації в Україні, а також аналізу стану організації онкологічної допомоги хворим на ЗН відображена в НКРУ. Відповідно до даних з НКРУ кількість виявлених в Україні випадків захворювання на ЗН була істотно – на 25 тисяч, або на 19,5% – меншою за кількість так само оперативно зареєстрованих нових випадків 2019 року, хоча у попередні роки подібна різниця не перевищувала 1,5%. Тому, в наступні роки можуть бути відзначені зростання смертності від ЗН, захворюваності на рак, а також рівня занедбаності; цілком імовірним наслідком також могло бути й істотне зростання зазначених показників 2020 року після їхнього уточнення впродовж 2021 року [2].

Також, відмічається зростання у жінок кількість захворювань на ЗН грудної залози 21,5%, яке посідає перше місце серед інших ЗН у жінок рак (сумарно 10 найбільш частих новоутворень складають 75,1% всіх випадків захворювання на ЗН жіночого населення) [2].

У віковій структурі захворюваності населення України на ЗН частка захворілих осіб старечого віку 75+ років зменшилася у порівнянні з 2019 р.; одночасно зросла питома вага більш молодих вікових груп у жінок 30-54 роки – на 1,8%. Схожі зміни відбулися у віковій структурі смертності від ЗН: частка жіночого населення, померлого у віці 75+ років – на 1,4%, проте пропорційна кількість померлих у віці 65-74 роки жінок зросла на 1,4%. Таким чином, пропорційна кількість осіб, які захворіли у працездатному віці, становила 27,2% – у жінок віком 18-54 р., що перевищило відповідні показники 2019 р. на 1,7% та 1,9% [2].

У жінок молодого віку переважали смерті на першому місці – це від раку шийки матки (16,8%), на другому місці – це були ЗН грудної залози (8,0%) і на третьому місці – це від раку яєчника (6,2%) [2].

Таким чином, найбільш проблемними в організації контролю раку залишаються своєчасність виявлення хворих, адекватне стадіювання злякисного процесу, реєстрація смертей, а також система диспансерного спостереження онкологічних хворих, без налагодження якої неможливо досягти успіхів у збільшенні виживаності хворих на рак [2, 7].

Пацієнти з ОЗ продовжують отримувати медичну допомогу, як в період епідемії COVID-19 так, і у воєнний час відповідно до пакетів медичних послуг, які були затверджені Національною службою здоров'я України (НСЗУ): хіміотерапевтичне лікування, радіологічне лікування та супровід пацієнта у стаціонарних та амбулаторних умовах. В період воєнного стану не відмінена і продовжена робота по розробці та впровадженню таких програм, як організованого популяційного скринінгу; розробленню скринінгових програм з оцінкою результатів; підвищенню рівня професійної освіти лікарів,

середнього медичного персоналу та медичних працівників з метою збільшення кількості та якості кадрових ресурсів відповідно проекту «Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року», стратегічні цілі якого не змінені [5, 6, 7].

На сьогодні аналіз онкоепідеміологічної ситуації в Україні виявив значуще зменшення кількості як захворілих, так і померлих від раку порівняно з 2019 роком. Показники загальної захворюваності та смертності від раку в Україні знизились до рівня 1980-х років. На кількісні характеристики захворюваності очевидно вплинула епідемія COVID-19 та воєнний стан в країні, які змінили організацію діагностичного процесу та можливість пацієнта дістатися до спеціалізованого закладу онкологічної допомоги, що в подальшому може привести до зростання смертності від ЗН, збільшені захворюваності на рак, а також рівня їх занедбаності [2, 5, 6].

### **Список використаних джерел**

1. Про створення національного канцер-реєстру України: наказ № 10 від 22.01.1996 МОЗ України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0010282-96#Text>

2. Національний канцер-реєстр України: щорічні бюлетені та інші публікації Національного канцер-реєстру України. URL: <http://www.ncru.inf.ua/>

3. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: закон України. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/T172168.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html).

4. Про затвердження Порядку розробки програми державних гарантій медичного обслуговування населення: наказ № 1709 від 26.07.2019 МОЗ України. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/RE33932.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE33932.html)

5. Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської федерації проти України: наказ № 374 від 24.02.22 р. МОЗ України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0374282-22#Text>

6. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення в 2022 році: постанова КМУ №1440 від 29.12.21 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>

7. Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року: затверджена постановою Кабінету Міністрів України. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/nacionalna-strategija-kontrolju-onkologichnih-zahvorjuvan-do-2030-roku>

**Петрихін Валерій Петрович,**

старший викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права  
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

## **ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ МІСТА ЗАПОРІЖЖЯ**

Останнім часом, в умовах воєнного стану, значно збільшилось навантаження на медичні заклади. В першу чергу відбулось зростання потреб в медикаментозному забезпеченні та зросли витрати на лікарські засоби (ЛЗ). В цих умовах важливо використовувати сучасні методи економічного аналізу для оцінки якості і вартості медикаментозної допомоги та пошуку шляхів їх оптимізації в лікувальних закладах.

**Мета дослідження:** вивчення досвіду використання сучасних методів економічного аналізу в медичних закладах міста Запоріжжя.

**Матеріали та методи:** огляд літератури, результатів наукових досліджень, данні бухгалтерської звітності в деяких лікарнях Запоріжжя і області.

Слід визначити, що економічний аналіз є важливим елементом в стабільній фінансовій діяльності медичного закладу і сучасним механізмом організації медикаментозного забезпечення хворих в лікувальних закладах.

Ефективним вирішенням проблеми витрат на медикаментозне забезпечення є рекомендована Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) концепція проведення широких фармако-економічних досліджень, використання їхніх результатів при прийнятті організаційно-адміністративних рішень з питань раціонального медикаментозного забезпечення населення. Одним зі шляхів вирішення проблеми є раціональне призначення лікарських засобів (ЛЗ), відібраних на основі оцінки ефективності, безпечності та вартості лікування. Досягнення цієї мети реалізується шляхом використання результатів клініко - економічних досліджень, таких як ABC, VEN та частотний аналіз.

**ABC-аналіз** (activity-based-costing) використовується з метою оцінки структури витрат на медикаментозне забезпечення. Суть його полягає в ранжуванні ЛЗ за рівнем витрат від найбільших до найменших. Група А (найбільш витратні) ЛЗ, на які витрачається основний (80%) обсяг коштів;

група В (середньо витратні) ЛЗ, на які витрачається 15-20% коштів;

група С (найменш витратні) ЛЗ, на які в сукупності витрачається не більше 5% загальної суми витрат.

Завдяки результатам АВС-аналізу можливо швидко і наочно вивчити розподіл витрат, виявити найбільш затратні лікарські засоби, отримати точну та об'єктивну картину розподілу бюджетних витрат на ЛЗ.

Бухгалтерами та економістами, які працюють в медичних закладів міста Запоріжжя, сучасні методи економічного аналізу переважно не використовуються. Головна причина цього - відсутність інформації, централізованих вказівок і рекомендацій для їх впровадження.

Зрозуміло що такі методи як фармако-економічний, частотний та VEN-аналіз, що проводиться паралельно з АВС-аналізом і дозволяє визначити пріоритетні лікарські препарати відповідно до міжнародної практики їх поділу на життєво важливі (Vital), необхідні (Essential) і другорядні (Non-essential), потребують більше часу та наукових клініко-економічних досліджень. Але, на нашу думку доцільно і простіше використовувати АВС аналіз. В медичних закладах лікарі та медичні сестри кожен день використовують ЛЗ і краще знають які їм потрібні для лікування та які з них більш ефективні. Це і є головним джерелом інформації для проведення АВС -аналізу і надзвичайно потужним інструмент для оптимізації використання та закупівлі лікарських засобів в межах виділених коштів. При цьому, значні витрати можуть бути як на ЛЗ, що застосовуються досить рідко, але коштують дорого, так і на дешеві ЛЗ, що використовуються часто. Таким чином аналіз лікарських засобів, що увійшли до групи А може виявити високо витратні ЛЗ, які можна замінити на більш дешеві аналоги, та привести до суттєвої економії коштів на фармакотерапію. Докладніше ознайомитися з цією методикою (АВС-аналізу), та прикладами використання можливо в наукових працях [1,2,3].

Завдяки проведенню АВС аналізу у медичних закладах міста Запоріжжя, з'явиться можливість оцінити ефективність розподілу бюджетних коштів на лікарські засоби та розробити рекомендації щодо його оптимізації, спрямувати основні кошти на закупівлю життєво необхідних і важливих лікарських засобів та зменшити витрати на використання малоефективних та дорогих ліків.

### **Список використаних джерел**

1. Економічний аналіз використання ресурсів у системі охорони здоров'я. За загальною редакцією проф. В.Д.Парія. Навч. посібн. Житомир: «Полісся», 2015. 148 с.

2. Методичні рекомендації “Оцінка клінічної та економічної доцільності використання лікарських засобів у лікувально-профілактичному закладі”. Національний фармацевтичний університет МОЗ України. Київ, 2013. 36 с.

3. Шматенко О.П., Плешкова О.В., Харченко Д.С., Орлова Н.М. ABC-, VEN- та частотний аналіз лікарських засобів для лікування травм та поранень головного мозку. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. 2018. Вип. 32. С. 316-329.

**Петрихін Валерій Петрович,**

старший викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права

Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

## **СОЦІАЛЬНІ ТА ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ПРИ ВИРІШЕННІ ПИТАНЬ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**

Оцінка ефективності діяльності системи охорони здоров'я в Україні є важливим і актуальним питанням сьогодення, особливо на тлі активних процесів реформування. Одним із важливих елементів цього процесу є вивчення доступності надання первинної, вторинної та третинної медичної допомоги населенню.

**Мета дослідження:** вивчити соціальні та правові проблеми при вирішенні питань територіальної доступності лікувально-профілактичної допомоги населенню, провести ретроспективний аналіз принципів формування мережі медичних закладів первинної, вторинної та третинної ланки в Запорізької області

**Матеріали та методи:** огляд літератури, наукових праць та досвіду роботи лікувальних закладів Запорізької області в процесі реформування медичної галузі.

Кожен громадянин України має право на охорону здоров'я. В статті 49 Конституції України відзначено, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

Термін доступність медичної допомоги (ДМД) не новий, однак частіше застосується як декларація. У літературі зустрічаються різноманітні смислові значення стосовно використання терміну «ДМД», що дозволяє по-різному трактувати його, особливо з соціальної та правової точок зору.

Отже, при опрацюванні системи забезпечення населення оптимально доступною медичною допомогою виникає необхідність чіткого визначення термінів. Доступність слід розкласти на такі складові частини: медичну, територіальну, соціальну та економічну і розглядати їх окремо [1,2].

Медична доступність визначається можливостями населення отримувати своєчасно екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) допомогу в існуючій мережі медичних закладів.

Територіальна доступність визначається можливостями населення отримувати медичну допомогу у повному обсязі за короткий термін часу у місцях їх мешкання.

Соціальна доступність визначається можливостями держави гарантувати громадянам виконання конституційних прав та задоволенням самого населення цим процесом.

Економічна доступність визначається можливостями держави фінансувати галузь за її потребами і в достатньому обсязі.

Сучасний стан організації медичної допомоги не дає можливостей в повному обсязі забезпечувати населення задекларованими конституцією правами. Економічна нестабільність, війна, криза, відсутність або недостатнє фінансування галузі на протязі останнього десятиліття негативно вплинули на розвиток медичної допомоги населенню країни. Слід також визначити, що в процесі реформування медичної галузі не завжди враховуються соціальні і правові складові принципів ефективності і доступності.

Останнім часом велика увага надається процесам централізації. З економічної точки зору це раціональний спосіб використання ресурсів, які надає держава на галузь охорони здоров'я і яких недостатньо.

Одночасно з реформами в медичній галузі у Запорізькій області пройшов процес зміни адміністративно-територіального устрою. Так, було ліквідовано 20 районів, натомість, створено 5 територіальних об'єднань - Бердянський, Василівський, Запорізький, Мелітопольський та Пологівський. Ці зміни викликали необхідність перегляду мережі закладів, які надають первинну, вторинну медичну допомогу сільському населенню, не тільки в питанні адміністративного упорядкування, а в першу чергу, в питанні їх раціонального розміщення з огляду доступності для населення. В місті Запоріжжя почався процес реформування вторинної та третинної (спеціалізованої та вузькоспеціалізованої) медичної допомоги населенню. При цьому планується скорочення, реорганізація та об'єднання медичних закладів. Так, пропонується об'єднання лікарень, пологових будинків, стоматологічних поліклінік та інших медичних закладів, які розташовані в різних районах міста. При цьому не враховується, що мешканцям з одного району міста треба буде їхати в іншій для отримання спеціалізованої або консультативної медичної допомоги. Особливо це буде незручно особам похилого віку. Тому зрозуміло, що процес централізації якій відбувається в

Запоріжжі буде мати негативний вплив на доступність отримання консультативної, спеціалізованої та вузькоспеціалізованої медичної допомоги мешканцям міста.

При вивченні територіальної і соціальної доступності не можна не враховувати суб'єктивну оцінку міри задоволеності жителів медичною допомогою. Для цього широко застосовується методи соціологічних досліджень (анкетного опитування і інтерв'ю). При цьому навіть деякі зауваження споживача можуть виявити значущі недоліки, приховані або несуттєві для фахівця. Але такі дослідження останнім часом в області не проводились.

Формування та удосконалення мережі закладів охорони здоров'я в Запорізькій області потребує проведення додаткових наукових та соціологічних досліджень, що дасть можливість вирішити правові та соціальні питання територіальної доступності медичної допомоги населенню.

#### **Список використаних джерел**

1. Петрихін В.П. Теоретичне обґрунтування організації оптимально доступної медико-санітарної допомоги сільському населенню. Охорона здоров'я України. 2008. №4. С.88-91.

2. Петрихін В.П., Алексєєв О. Г., Таранов В. В. Досвід, результати та можливі перспективи організації оптимально доступної первинної медичної допомоги сільському населенню Запорізької області. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2021. Т.14, №3(37). С.369-373.

**Прасов Олександр Олександрович**, суддя Запорізького окружного адміністративного суду, доктор юридичних наук, доцент

### **РЕАЛІЗАЦІЯ ОСОБАМИ, ЗАСУДЖЕНИМИ ДО ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ, ПРАВА НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ: ОКРЕМІ ПИТАННЯ**

Дослідження присвячене проблемі покращення здійснення особистих немайнових прав особами, засудженими до позбавлення волі. Її вирішення має велике теоретичне і практичне значення, зважаючи на те, що вона пов'язана з такими актуальними завданнями: з'ясування обсягів особистих немайнових прав осіб, засуджених до позбавлення волі, встановлення тенденцій їх можливого розвитку, удосконалення забезпечення здійснення цих прав.

Аналізуючи наукову літературу з цієї проблеми, слід відзначити цікаві праці Бандурки А.М., Геля А.П., Джужі О.М., Колба О.Г., Копотуна І.М., Пузирьова М.С., Прусса В.М., Степанюка А.Х., Чеботарьової Ю.А., Ягунова Д.В., Яковець І.С. Представляючи значущі результати, всім їм проте бракує висвітлення питання щодо реалізації особами, засудженими до позбавлення волі, права на медичну допомогу під час воєнного стану. Звідси, мета нашого дослідження – зняти зазначену прогалину.

Указом Президента України від 24.02.2022 за №64/2022 «Про введення воєнного стану» у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації в Україні введений воєнний стан [4].

При цьому, у ст.49 Конституції України проголошено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя [1].

Водночас, за ст.64 Конституції України конституційні права і свободи людини і громадянина не можуть бути обмежені, крім випадків, передбачених Конституцією України. В умовах воєнного або надзвичайного стану можуть встановлюватися окремі обмеження прав і свобод із зазначенням строку дії цих обмежень. Не можуть бути обмежені права і свободи, передбачені статтями 24, 25, 27, 28, 29, 40, 47, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63 цієї Конституції [1].

Згідно з ч.1 ст.20 Закону України «Про правовий режим воєнного стану» правовий статус та обмеження прав і свобод громадян та прав і законних інтересів юридичних осіб в умовах воєнного стану визначаються відповідно до Конституції України та цього Закону [3].

Відповідно до ч.2 ст.20 Закону України «Про правовий режим воєнного стану» в умовах воєнного стану не можуть бути обмежені права і свободи людини і громадянина, передбачені частиною другою статті 64 Конституції України [3].

Таким чином, право людини на медичну допомогу, у тому числі й осіб, засуджених до позбавлення волі, в умовах воєнного стану можуть бути обмежені.

Як зазначено у ч.1 ст.105 Кримінально-виконавчого кодексу України, у випадках стихійного лиха, епідемій, аварій важливих для життєзабезпечення систем, масових заворушень, проявів групової непокори засуджених або в разі виникнення реальної загрози збройного нападу на колонію чи у зв'язку з введенням надзвичайного чи воєнного стану в районі розташування колонії посилюється охорона, нагляд за засудженими, здійснюються інші додаткові режимні заходи [2].

Згідно з п.6 «Тимчасового порядку тримання осіб, засуджених до обмеження волі, у виправних колоніях Державної кримінально-виконавчої служби України», затвердженого 19.03.2022 постановою Кабінету Міністрів України №320, приймання засуджених до дільниць для їх тримання, їх облік, умови відбування покарання, залучення до праці та медичне обслуговування здійснюються відповідно до глави 13 Кримінально-виконавчого кодексу України [5].

Глава 13 Кримінально-виконавчого кодексу України присвячена питанням виконання покарання у виді обмеження волі [2].

Вивчення діючих норм права, у тому числі кримінально-виконавчого законодавства України, свідчить що вони не містять положень щодо особливостей реалізації особами, засудженими до позбавлення волі, права на медичну допомогу під час воєнного стану.

З огляду на наведене, вбачається, що право осіб, засуджених до позбавлення волі, на медичну допомогу під час воєнного стану, начебто, не може бути обмежене.

Така ситуація може призвести до виникнення конфліктних ситуацій між особами, засудженими до позбавлення волі, та персоналом Державної кримінально-виконавчої служби України з приводу реалізації права на медичну допомогу.

Однак, враховуючи, що приписами ст.64 Конституції України припускається обмеження права людини на медичну допомогу під час воєнного стану, то, відповідно, право осіб, засуджених до позбавлення волі, на медичну допомогу під час воєнного стану також може бути обмежене.

Звідси, межі реалізації особами, засудженими до позбавлення волі, права на медичну допомогу під час воєнного стану можуть бути змінені.

Разом із цим, на реалізацію особами, засудженими до позбавлення волі, права на медичну допомогу під час воєнного стану може вплинути, наприклад, переїзд професійно підготовлених медичних працівників у найбільш безпечну місцевість, їх звільнення з роботи, загибель, знищення або

пошкодження медичного обладнання через воєнні дії, перебої з постачання лікарських засобів тощо.

Враховуючи викладене можна відзначити наступні висновки:

1) у кримінально-виконавчому законодавстві України має бути передбачена можливість обмеження права осіб, засуджених до позбавлення волі, на медичну допомогу під час воєнного стану;

2) під час воєнного стану можуть бути обмежені як право на медичну допомогу осіб, засуджених до позбавлення волі, так і його реалізація;

3) під час воєнного стану реалізація права осіб, засуджених до позбавлення волі, на медичну допомогу може бути обмежена як нормами права, так й об'єктивними обставинами, обумовленими війною (переїзд професійно підготовлених медичних працівників у найбільш безпечну місцевість, їх звільнення з роботи, загибель, знищення або пошкодження медичного обладнання через воєнні дії, перебої з постачання лікарських засобів тощо).

Зазначені результати дослідження мають загальний базовий характер та можуть стати у пригоді при наукових дослідженнях можливостей удосконалення нормативного закріплення особистих немайнових прав осіб, засуджених до позбавлення волі.

#### **Список використаних джерел**

1. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 №254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.

2. Кримінально-виконавчий кодекс України: Закон України від 11.07.2003 №1129-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1129-15#Text>.

3. Про правовий режим воєнного стану: Закон України від 12.05.2015 №389-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text>.

4. Про введення воєнного стану: Указ Президента України від 24.02.2022 №64/2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/64/2022#Text>.

5. Тимчасовий порядок тримання осіб, засуджених до обмеження волі, у виправних колоніях Державної кримінально-виконавчої служби України: затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 19.03.2022 №320. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/320-2022-%D0%BF#Text>

**Радутний Олександр Едуардович**, доцент кафедри кримінального права Національного юридичного університету ім. Ярослава Мудрого (м. Харків), кандидат юридичних наук, доцент

## **КОРЕЛЯЦІЇ НА ПІДСТАВІ ВЕЛИКИХ ДАНИХ ТА ПРИЧИННІСТЬ В МЕДИЦИНІ, ФАРМАЦЕВТИЦІ ТА В СФЕРІ ПРАВА**

Кореляції на підставі Великих даних (Big Data) відіграють важливу роль у медицині та фармацевтиці і можуть надати цінну інформацію для різних аспектів досліджень, діагностики та лікування.

1. Виявлення факторів ризику. Кореляції допомагають виявити взаємозв'язок між певними змінними та ймовірністю розвитку окремих захворювань або станів. Аналіз Великих даних (Big Data) утворює підстави для виявлення кореляції між факторами ризику, такими як вибір способу життя, генетичні маркери або вплив навколишнього середовища, з одного боку, та появою або розвитком захворювань, з іншого боку. Така інформація дозволяє проводити цілеспрямовані профілактичні заходи та ефективно втручання.

2. Раннє виявлення та діагностика. Кореляції можуть допомогти у ранньому виявленні та діагностиці захворювань. Завдяки вивченню кореляцій між певними симптомами, історією хвороби та результатами діагностичних тестів утворюється можливість виявити закономірності, які можуть вказувати на наявність певного захворювання, що дозволяє вчасно втрутитися та покращити результати лікування пацієнтів.

3. Планування лікування та персоналізована медицина. Кореляції можуть допомогти у визначенні найбільш ефективних стратегій лікування для окремих пацієнтів. Аналізуючи кореляції між характеристиками пацієнта, біомаркерами та результатами лікування, утворюється можливість адаптувати плани лікування, максимізувати ефективність і мінімізувати побічні ефекти. Цей підхід, відомий як персоналізована медицина, має потенціал для покращення догляду за пацієнтами та результатів лікування.

4. Прогностичне значення. Кореляції можуть надавати прогностичну інформацію, допомагаючи прогнозувати прогресування захворювання та результати лікування. Визначаючи кореляції між певними біомаркерами, клінічними параметрами та прогресуванням захворювання, клініцисти можуть приймати обґрунтовані рішення щодо стратегій лікування, інтервалів моніторингу та подальшого догляду за пацієнтом.

5. Дослідження та генерація гіпотез. Кореляції слугують відправною точкою для подальших досліджень і генерації гіпотез. Спостереження

кореляцій між змінними дозволяє сформулювати гіпотези для вивчення основних механізмів і причинно-наслідкових зв'язків. Це допомагає стимулювати наукові відкриття і прогрес у медичних знаннях.

6. Планування громадського здоров'я. Кореляції можуть бути корисними у плануванні громадського здоров'я та розподілі ресурсів. Аналізуючи кореляції між різними факторами, такими як демографічні показники, фактори навколишнього середовища та поширеність захворювань, працівники системи охорони здоров'я можуть визначити групи населення з підвищеним ризиком, ефективно розподіляти ресурси та стратегічно впроваджувати профілактичні заходи та втручання.

7. Покращення якості та доказова практика. Кореляції дають цінну інформацію про ефективність і безпеку медичних втручань. Аналізуючи кореляції між підходами до лікування, результатами лікування та побічними ефектами, медичні та фармацевтичні працівники можуть оцінити та покращити якість своєї практичної роботи або досліджень. Кореляції також можуть сприяти впровадженню доказової медицини, коли медичні рішення ґрунтуються на найкращих наявних наукових даних.

Між тим, важливо зазначити, що кореляції самі по собі не встановлюють причинно-наслідковий зв'язок. Для обґрунтованого висновку є необхідними подальші дослідження, включаючи експериментальні дослідження і рандомізовані контрольовані дослідження, щоб підтвердити і зрозуміти основні механізми, які лежать в основі виявлених кореляцій. Тим не менш, кореляції є відправною точкою для дослідження і можуть слугувати орієнтиром у медичних дослідженнях і практиці.

Разом з цим слід більш обережно ставитися до використання кореляцій на підставі Big Data в галузі права, що може бути проілюстровано наступними спостереженнями.

1. Причинність проти кореляції. Кореляції самі по собі не встановлюють причинно-наслідковий зв'язок. Хоча кореляції можуть підкреслити взаємозв'язок між змінними, вони не обов'язково означають причинно-наслідковий зв'язок. У сфері права встановлення причинно-наслідкового зв'язку часто має вирішальне значення для притягнення до юридичної відповідальності або визначення її меж. Покладання виключно на кореляції без належних доказів може призвести до несправедливих або помилкових висновків.

2. Неправильне тлумачення та спотворення. Кореляції можуть бути неправильно інтерпретовані або викривлені, що може призвести до помилкових висновків або упереджених суджень. У судовому процесі представлення кореляцій як остаточного доказу може створити хибне

відчуття впевненості або обґрунтованості. Це потенційно може вплинути на суддю, присяжних або осіб, які приймають юридичні рішення, що може призвести до несправедливих результатів.

3. Альтернативні пояснення та фактори, які заплутують. Кореляції можуть виникати через заплутані фактори або альтернативні пояснення, які не є очевидними одразу. Неврахування інших змінних або факторів, які можуть вплинути на виявлену кореляцію, може призвести до неточних інтерпретацій та несправедливих правових рішень. Важливо ретельно дослідити та врахувати всі відповідні фактори, перш ніж робити висновки на основі кореляцій.

4. Індивідуальні відмінності та контекст. Кореляції можуть не враховувати індивідуальні відмінності та специфічний контекст судових справ. Кожна юридична справа є унікальною, і покладання виключно на кореляції без урахування індивідуальних обставин, мотивації чи намірів може призвести до узагальнень та несправедливих суджень. Юридичні рішення повинні ґрунтуватися на всебічному вивченні всіх відповідних факторів, включаючи індивідуальні свідчення, експертні висновки та контекстуальні міркування.

5. Етичні питання та питання справедливості. Кореляції можуть викликати етичні проблеми, пов'язані з приватним життям, дискримінацією та справедливістю. Покладання виключно на кореляції при прийнятті правових рішень може увічнити упередження, посилити стереотипи або призвести до дискримінації певних осіб чи груп. Правові рішення повинні ґрунтуватися на справедливій та неупередженій оцінці доказів і не мають непропорційно покладатися на кореляції.

6. Неадекватні докази. Кореляції, особливо ті, що отримані в результаті обсерваційних досліджень або на основі обмежених наборів даних, можуть бути недостатніми для обґрунтування правових висновків. Юридичні рішення часто вимагають високих стандартів доказів, таких як сильні причинно-наслідкові зв'язки або прямі докази, для встановлення вини або відповідальності. Покладання на слабкі кореляції без надійних підтверджуючих доказів може призвести до помилкових суджень і несправедливих результатів.

Таким чином, кореляції можуть слугувати відправною точкою для подальшого розслідування або генерації гіпотез у юридичних справах. Однак вони не повинні бути єдиною основою для юридичних висновків, натомість ретельний розгляд причинно-наслідкових зв'язків, контексту, індивідуальних відмінностей та релевантних доказів є необхідним для забезпечення справедливості та дотримання високих міжнародних стандартів в сфері права.

**Різник Ольга Іванівна,**

доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, кандидат медичних наук, доцент

## **МІЖНАРОДНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЗАХИСТУ ПРАВ ПАЦІЕНТА**

Право на здоров'я посідає важливе місце серед міжнародних визнаних прав людини, хоча їх формулювання та подальше затвердження відбулося порівняно недавно. Точне визначення здоров'я як «стану повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутності хвороб чи фізичних дефектів» дано в преамбулі Статуту ВООЗ. Крім того, там підкреслюється, що «володіння найвищим рівнем здоров'я є одним з основних прав будь-якої людини без відмінності раси, релігії, політичних переконань, економічного або соціального становища». Ще одне точне визначення здоров'я як одного з основних прав людини було також надано в Алма-Атинській декларації 1978 року. У декларації також наголошується, що «досягнення можливо вищого рівня здоров'я становить найважливіше всесвітнє соціальне завдання, для виконання якого потрібні спільні зусилля багатьох соціальних та економічних секторів суспільства на додаток до сектору охорони здоров'я». Крім того після набуття чинності Статутом ВООЗ пріоритетності права на здоров'я була закріплена у кількох міжнародних пактах про права людини. Загальна декларація прав людини називає декларацію про охорону здоров'я найважливішим компонентом права на достатній рівень життя всього людства. У статті 25 говориться: «Кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, необхідне для підтримки здоров'я та добробуту його самого та його сім'ї, та право на забезпечення у випадку безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, настання старості або іншого випадку втрати коштів до існування за не залежними від нього обставин», центральне місце серед яких посідає Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права 1966 року. Взаємопов'язаність прав, що стосуються здоров'я, інших основних соціальних передумов показників здоров'я та охорони здоров'я не може бути переоцінена. Поряд із поступовим здійсненням права на здоров'я держави-учасниці несуть спільні та конкретні юридичні зобов'язання поважати, захищати та здійснювати право людини на здоров'я. Так, уряди держав-учасниць повинні «утримуватися від прямого чи непрямого посягання на право на здоров'я», «вживати заходів для

недопущення посягань на передбачені у статті 12 гарантії» та «вживати відповідних законодавчих, адміністративних, бюджетних, судових, стимулюючих та інших заходів для повного здійснення права здоров'я».

Основою статті 12 є такі гарантії:

- **Наявність.** Центральне місце тут приділяється «функціонуючим громадським медичним установам, товарам та послугам, а також відповідним програмам», що включають «основоположні передумови здоров'я, такі, як інфраструктура для забезпечення безпечною питною водою та адекватними санітарними послугами, лікарні, поліклініки та інші медичні установи, підготовлений лікарський та медичний персонал, який отримує конкурентоспроможну на внутрішньому рівні винагороду, та найважливіші лікарські засоби» у «достатній кількості» у кожній державі-учасниці;

- **Доступність.** Загальний доступ до медичних закладів, товарів та послуг повинен враховувати чотири взаємопов'язані аспекти, такі як недискримінація, фізична доступність, економічна доступність (тобто доступність з погляду витрат), доступність інформації. Це є концептуальною основою Загального охоплення медичними послугами;

- **Прийнятність.** Медичні установи, товари та послуги мають відповідати «принципам медичної етики, враховувати культурні особливості». Це передбачає повагу до культури окремих людей, народів та спільнот, включаючи меншини, а також гендерні вимоги та вимоги, пов'язані з усім життєвим циклом, забезпечувати дотримання конфіденційності, а також покращення стану їхнього здоров'я;

- **Якість.** Медичні установи, товари та послуги повинні бути прийнятними у культурному відношенні, бути хорошої якості і з наукової, і з медичної точки зору. «Наявність кваліфікованого медичного персоналу, науково перевірених та придатних медикаментів та медичного обладнання, безпечної питної води та адекватних санітарних послуг» є одними з основних вимог для забезпечення необхідної якості охорони здоров'я, без якого право на здоров'я перебуває під загрозою. Реалізація прав людини на здоров'я однаковою мірою вимагає дотримання процесуальних принципів, які, як правило, застосовуються до прав людини в цілому.

Отже, узагальнивши наведене вище, можна зробити висновки, що міжнародно-правові стандарти прав людини у сфері охорони здоров'я – це закріплені в актах та документах міжнародного рівня, уніфіковані та функціонально універсальні норми і принципи права. Вони фіксують необхідний мінімальний чи бажаний обсяг та зміст прав людини у сфері охорони здоров'я. Також ці стандарти обумовлені досягненнями розвитку

суспільства та його динамічністю, встановлюють обов'язки держав забезпечувати їх дотримання, охорону та захист, і можуть передбачати певну відповідальність у вигляді санкцій політичного чи політико-юридичного характеру.

**Різник Ольга Іванівна,**

доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, кандидат медичних наук, доцент

## **СТАНДАРТИ ПРАВА НА СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПЕЙСЬКІЙ СОЦІАЛЬНІЙ ХАРТІЇ**

За допомогою стандартизації прав та свобод людини і громадянина можливо визнати ту чи іншу правову систему демократичною, тобто такою, яка відповідає демократичним цілям розвитку людства. Значну роль у захисті прав людини відіграють міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я, і тому виникає необхідність їхнього дослідження.

З розвитком суспільства в елементах права на здоров'я виникають особливі інституційні зміни:

1. Зроблено акцент на обов'язковість у достатній кількості функціонуючих установ громадського охорони здоров'я та медичної допомоги, товарів та послуг, а також програм.

2. Потрібна доступність у межах юрисдикції держави, яка визначається чотирма вимірами, що частково збігаються:

- відсутністю дискримінації;
- фізичною доступністю;
- економічну доступність (доступність за ціною);
- доступність інформації.

3. Потрібна прийнятність елементів, які забезпечують дотримання медичної етики, що враховує гендерний фактор та вікові потреби.

4. Потрібна якість, обумовлена адекватністю в науковому та медичному відношенні медичних установ, товарів та послуг, що надаються. Подальші інституційні зміни передбачаються в тому, що держава покладає на себе наступні обов'язки:

- дотримуватись прав: не перешкоджати користуванню правом на здоров'я;

- захищати права: забезпечити охорону від зазіхання на користування правом на здоров'я від третіх сторін (суб'єкти, які не є представниками держави);

- забезпечувати права: приймати та застосовувати активні заходи щодо реалізації права на здоров'я.

Право на здоров'я має також багатогранний зміст, під яким мається на увазі мінімальний необхідний рівень цього права. Ключові елементи, покликані служити керівництвом у процесі встановлення пріоритетів, формулюються у вигляді національного завдання:

- в основний набір включаються необхідна первинна медико-санітарна допомога, мінімальна необхідна та поживна їжа, санітарія, безпечна питна

- вода та основні лікарські засоби;

- вторинний ключовий обов'язок складається з прийняття та здійснення національної стратегії, прийняття плану дій у галузі громадської охорони здоров'я.

Вторинний ключовий обов'язок повинен задовольняти потреби всього населення в галузі охорони здоров'я, розроблятися та періодично переглядатися на основі спільного прозорого процесу, утримувати вихідні дані та показники, за допомогою яких можна здійснювати ретельний моніторинг прогресу, приділяючи особливу увагу всім вразливим групам населення.

Міжнародним документом, що закріплює на загальноєвропейському рівні правові норми у соціальній сфері, є Європейська соціальна хартія, ратифікована 17 травня 2017 року Верховною Радою України. Ратифікувавши Хартію, наша держава взяла на себе зобов'язання щодо створення додаткових гарантій забезпечення, захисту, реалізації соціальних та економічних прав громадян:

- усунення, наскільки це можливо, причин порушення здоров'я;

- надання послуг консультаційного та просвітницького характеру, спрямованих на зміцнення здоров'я та заохочення особистої відповідальності за своє здоров'я;

- запобігання, наскільки це можливо, епідемічних, ендемічних та інших захворювань, а також нещасних випадків.

Незважаючи на це, ратифікація Хартії надала додаткові гарантії забезпечення захисту та розвитку права на охорону здоров'я та можливість для пошуку шляху ефективного забезпечення прав та свобод людини на

основі загальноєвропейських стандартів, орієнтуючи на проведення реформ у сфері охорони здоров'я України.

Упродовж історичного розвитку людства тривав і до сьогодні триває активний пошук єдиних стандартів прав і свобод людини та закріплення їх на міжнародному рівні. Отже, Європейська соціальна хартія є одним із найважливіших актів Ради Європи у сфері забезпечення економічних і соціальних прав людини. Її розробка і прийняття є великим досягненням європейської прогресивної спільноти щодо встановлення єдиних міжнародно-правових стандартів у сфері захисту соціальних прав людини.

**Самілик Людмила Олексіївна**, доцент кафедри приватного права Державного податкового університету, кандидат юридичних наук, доцент

## **ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ДІТЕЙ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я**

Діти є вразливою категорією населення в розумінні реалізації своїх прав, а тому потребують посиленої уваги з боку дорослих та держави за їх дотриманням. Держава не лише визначає право дитини на охорону здоров'я та медичну допомогу, а й закріплює певні механізми його реалізації в кожній ситуації, коли діти потребують медичної допомоги.

Попри те, що наразі в Україні у зв'язку із введенням воєнного стану тимчасово, на період дії правового режиму воєнного стану, можуть обмежуватися конституційні права і свободи людини і громадянина, передбачені статтями 30 - 34, 38, 39, 41 - 44, 53 Конституції України [1], варто зауважити, що право на медичну допомогу не обмежується.

Права дитини в сфері охорони здоров'я закріплені в численних міжнародних та національних нормативно-правових актах. Так, Конвенція ООН про права дитини [2] гарантує захист дитини від усіх форм дискримінації, зокрема, й за станом здоров'я (стаття 2); якнайкраще забезпечення інтересів дитини установами, службами і органами, відповідальними за піклування про дітей або їх захист, зокрема, в галузі охорони здоров'я (стаття 3); невід'ємне право на життя кожній дитині, що полягає у максимально можливій мірі виживання і здоровому розвитку дитини (стаття 6); право вільно висловлювати погляди з усіх питань, що торкаються дитини (стаття 12, 13); захист від незаконного втручання (стаття 16) тощо. Конвенція є наймасштабнішою та широко ратифікованою міжнародною угодою з прав людини. У національному законодавстві основоположні постулати щодо забезпечення прав дітей в сфері охорони

здоров'я першочергово закріплені в Конституції України, а також в Цивільному кодексі України, Сімейному кодексі України, Законі України «Про охорону дитинства», Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших нормативно-правових актах.

Батьки, та особи які їх замінюють є відповідальними за дотримання всіх вимог щодо безпеки та охорони здоров'я дітей. В даному випадку законодавство визначає, що законними представниками дитини в медичних правовідносинах є батьки, опікуни (піклувальники), усиновлювачі, представники закладів, які виконують обов'язки опікунів та піклувальників, натомість судова практика звертає увагу, що не являються представниками бабусі, дідусі, брати, сестри та інші родичі, а також няні та доглядальниці, окрім випадків, коли їх повноваження як законного представника дитини належним чином посвідчені.

К.М. Глиняна акцентує увагу на дотриманні таких важливих обов'язків батьків, як виконання лікарських приписів при забезпеченні догляду за хворою дитиною; дотримання санітарних норм утримання житлових приміщень, дотримання встановлених законом правил попередження і ліквідації інфекційних захворювань. Профілактика батьками паління та інших шкідливих звичок у дітей, вжиття своєчасних заходів (навіть із залученням працівників правоохоронних органів) є теж обов'язком батьків при здійсненні охорони здоров'я дітей [3, с.429].

Як зазначалось, статті 12 і 13 Конвенції ООН про права дитини підкреслюють право дитини на вираження своїх поглядів і право на отримання інформації. Водночас, з аналізу медичного та цивільного законодавства можемо зробити висновки, що згода на застосування методів діагностики, профілактики та лікування потрібна від неповнолітніх пацієнтів, натомість згода малолітніх осіб не вимагається.

Під участю дитини в медичних правовідносинах слід розуміти, що дитина отримує відповідну інформацію, їй надається можливість вільно висловлювати власні погляди, а її думки, бажання та оцінки враховуються в процесі прийняття рішень. Незважаючи на те, що дитина може висловлювати потреби та думки, рішення про лікування в медичному закладі зазвичай приймаються або медичними працівниками, або медичними працівниками та батьками. В цьому контексті варто зауважити, що у разі спірності позицій батьків чи інших законних представників та неповнолітньої дитини слід керуватися принципом пріоритетності найкращих інтересів дитини.

Слід зауважити, що відмова дитини від медичного лікування законодавчо не передбачена, оскільки законодавство надає таку можливість виключно повнолітній дієздатній фізичній особі (ч.4 ст.284 Цивільного

кодексу України [4], ч.4. ст.43 Основ законодавства про охорону здоров'я [5]). Однак законний представник дитини-пацієнта наділений такою правомочністю, тому якщо відмова від лікування може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування. Така правова конструкція виступає додатковою гарантією захисту інтересів дитини.

Також важливий аспект забезпечення прав дитини в медичній сфері, що набув особливої актуальності в умовах війни, піднімає у своїх дослідженнях П.А. Зеленьак, зазначаючи, що напрямком діяльності держави має бути захист дітей від їх незаконного переміщення, що передбачено в Конвенції про цивільно-правові аспекти міжнародного викрадення дітей, яка визначає механізм для забезпечення повернення дітей, яких незаконно вивозять або утримують, до країни постійного місця проживання [6, с.119].

Особливо гостро постає питання евакуації дітей із територій України, де ведуться активні бойові дії. Перебування дітей в таких місцях безумовно посилює ризики їх загибелі чи травмування, або може призвести до тяжких психічних наслідків у майбутньому. За даними державного порталу «Діти війни» станом на кінець травня 2023 року за період повномасштабної війни в Україні загинуло 483 дитини, 986 дітей були поранені, 390 – рахуються зниклими, 19484 – депортовані [7]. Тому не в інтересах дитини є ситуації, коли батьки, опікуни чи піклувальники відмовляються покидати небезпечні місця та не мають намірів евакуювати дітей із загрозливих умов. У таких випадках пріоритетні права дитини на життя та здоров'я піддаються небезпечним факторам.

Таким чином, забезпечити права дітей на охорону здоров'я можливо завдяки задіянню правових та організаційних інструментів та створенню сприятливого інституційного середовища, у якому важлива роль належить дитині, батькам (іншим законним представникам) і медичним працівникам.

Наразі можемо констатувати, що незважаючи на етичні та прагматичні аргументи на користь підтримки дітей, щоб вони були активними учасниками дискурсів щодо охорони здоров'я, все ще існує невизначеність щодо того, як залучити дітей до участі. Також варто враховувати, що застосування медичної процедури всупереч волі дитини може розглядатися як порушення основного права на фізичний і психологічний захист під час її перебування в лікарні.

#### **Список використаних джерел**

1. Про введення воєнного стану в Україні: Указ Президента України від 24.02.2022 № 64/2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/64/2022#Text>

2. Конвенція про права дитини від 20.11.1989. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_021#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text)

3. Глиняна К. М. Забезпечення прав дитини на охорону здоров'я та належну медичну допомогу / К. М. Глиняна // Наука та суспільне життя України в епоху глобальних викликів людства у цифрову еру (з нагоди 30-річчя проголошення незалежності України та 25-річчя прийняття Конституції України) : у 2 т. : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 21 трав. 2021 р.) / за загальною редакцією С. В. Ківалова. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2021. Т. 2. С. 427-430.

4. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>

5. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

6. Зеленьк П.А. Становлення та розвиток міжнародно-правових стандартів у галузі захисту прав дитини на життя і здоров'я. Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції. Спецвипуск. 2019. С.117-120.

7. Діти війни: офіційний портал. URL: <https://childrenofwar.gov.ua/>

**Скріпкін Сергій Васильович**, президент Міжнародної академії соціально-правових наук та публічного управління (Республіка Словаччина), кандидат юридичних наук

## **ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА СЛОВАЧЧИНІ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ**

Питання життя та здоров'я людини є одним і основних, що підлягають захисту та забезпечення якого гарантується усіма демократичними державами світу.

Так, статтею 25 Загальної декларації прав людини і громадянина передбачено, що кожен має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідні соціальні послуги, який необхідний для підтримки здоров'я і добробуту його самого та його сім'ї, а також право на забезпечення на випадок безробіття, хвороби, інвалідність, вдовство, старість або інша відсутність засобів до існування за незалежних від нього обставин.

За результатами реформування системи охорони здоров'я в Україні та з метою забезпечення права людини на необхідний рівень медичного догляду, з

1 квітня 2020 року в Україні стартувала перша Програма медичних гарантій - перелік медичних послуг, які держава гарантує пацієнту. Договори з НСЗУ на надання медичних послуг за Програмою медичних гарантій станом на початок дії зазначеної програми підписали 1 524 заклади спеціалізованої медичної допомоги, з них 50 приватних.

Наразі постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2022 р. № 1464 затверджено порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році та визначено, що Національна служба здоров'я України в межах програми медичних гарантій укладає договори про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій, крім медичних послуг, включених до переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138.

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» передбачено порядок отримання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів за програмою медичних гарантій.

Так, у разі потреби у медичних послугах та лікарських засобах за програмою медичних гарантій пацієнт (його законний представник) звертається до надавача медичних послуг у порядку, встановленому законодавством.

Пацієнт (його законний представник) реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Надавачам медичних послуг забороняється відмовляти у прийнятті декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та веденні пацієнта, зокрема, на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо, крім випадків, передбачених законодавством.

Зі змісту вищевказаних нормативно-правових актів вбачається, що первинна медична допомога громадянам України, які мають декларацію із сімейним лікарем надається безоплатно, а оплата вартості зазначених послуг проводиться Національною службою здоров'я України в межах визначених главою 1 розділу II порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2022 р. № 1464.

Таким чином кожен громадянин України, який має укладену декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, має

право на отримання зазначеної первинної допомоги безоплатно. Отже єдиною вимогою для отримання безоплатної первинної допомоги громадянином України є наявність відповідної декларації.

В той же час відповідно до законодавства Словацької республіки, державне медичне страхування зазвичай є обов'язковим для всіх осіб, які мають постійний ВНЖ у Словацькій Республіці. Іноземний громадянин, який отримав постійний ВНЖ у Словаччині, має оформити державну медичну страховку протягом 8 днів. У деяких випадках застосовуються винятки.

Державне медичне страхування також є обов'язковим для осіб, які не мають постійного ВНЖ у Словаччині, але відповідають одній з наступних умов:

- працює за трудовим договором з роботодавцем, який має зареєстрований офіс або постійне представництво у Словаччині, або представляє організаційну складову бізнесу іноземної особи у Словаччині, та отримує узгоджений щомісячний дохід від цієї діяльності як мінімум у розмірі мінімальної заробітної плати;

- здійснює чи має право здійснювати самостійну підприємницьку діяльність у Словаччині має посвідку на проживання у Словаччині;

- є студентом з іншої держави-члена ЄС або іноземним студентом, який навчається у Словаччині на основі міжнародного договору;

- є учнем або студентом зі статусом словака, який проживає за кордоном, і одночасно навчається у школі у Словаччині;

- було надано притулок;

- є неповнолітнім, який проживає в Словаччині без законного представника або іншої особи, відповідальної за його виховання, і їй надається допомога в установі соціальних послуг, куди його помістили на підставі рішення суду;

- є членом сім'ї на утриманні відповідно до законодавства держави-члена ЄС за місцем проживання;

- є іноземцем, затриманим у Словаччині;

- перебуває під арештом або відбуває тюремний термін;

- є членом сім'ї на утриманні, який народився у застрахованій особі в іншій державі-члені ЄС;

- є членом сім'ї на утриманні відповідно до законодавства іншої держави-члена ЄС за своїм місцем проживання;

- є дитиною-утриманцем віком до 18 років, яка має посвідку на проживання на території Словацької Республіки або має право на перебування на території Словацької Республіки (у разі дитини, яка народилася на території Словацької Республіки у одного з батьків з діючим

посвідкою на проживання з дня подання заяви про надання посвідки на проживання для цієї дитини) та принаймні один законний представник або фізична особа, якій за рішенням суду доручено піклуватися про дитину, має державну медичну страховку у Словаччині;

- виконує оплачувану спортивну діяльність для спортивної організації на підставі професійного спортивного договору;

- знаходиться на території Словаччини як стипендіат державної програми Словаччини, програми, що реалізується на підставі міжнародного договору, програми Євросоюзу, або стипендіальної програми Словаччини від Міністерства освіти Словаччини, а також за умови, що стипендія дається на більш ніж місяць.

В той же час Словацька Республіка сплачує внески на обов'язкове медичне страхування за:

- дитину-утриманця (якщо дитина відповідає умовам категоризованої системи обов'язкового державного медичного страхування)

- одержувача пенсії згідно із законом про медичне страхування
- одержувача батьківської допомоги
- особу, яка досягла пенсійного віку і у якої ще не виникло право на пенсію

- інваліда, у якого ще не виникло право на допомогу з інвалідності
- особу, яка перебуває під арештом або відбуває тюремний термін
- особу, поміщена в установу соціальної допомоги за рішенням суду або яка проживає в установі соціального обслуговування протягом усього року

іноземного студента, який навчається у Словаччині відповідно до міжнародної угоди, якою пов'язана Словацька Республіка

- особу, яка отримує фінансову допомогу з догляду за дитиною
- особу, яка особисто щодня дбає про дитину віком до шести років
- дружину або чоловіка співробітника, який здійснює державну службу за кордоном, або службовця, який згідно з трудовою угодою здійснює роботу на користь товариства за кордоном

- особу, яка забезпечує догляд за громадянином з обмеженими можливостями здоров'я, що перебуває на утриманні за висновком експерта; або особа, яка доглядає близьку людину старше 80 років, яка не була поміщена в соціальну службу або медичну установу (догляд за такими особами повинен бути підтверджений довідкою)

- особу, яка надає індивідуальну допомогу громадянину з тяжкою формою інвалідності відповідно до спеціального розпорядження

- особу, яка отримує відшкодування доходу, допомога з тимчасової непрацездатності, допомога по догляду за хворими або допомога у зв'язку з вагітністю та пологами відповідно до спеціального розпорядження

- особу, яка отримує допомогу з соціального забезпечення або додаток до допомоги із соціального забезпечення (наприклад, іноземний громадянин, який має допустиме проживання в Словацькій Республіці), та особа, на яку поширюється спільна оцінка, якщо вона не має доходу відповідно до спеціального розпорядження.

- особа, яка включена до реєстру претендентів.

- іноземного громадянина, який перебуває під арештом на території Словацької Республіки.

- біженця (особа, якій вже було надано притулок, але не особа, яка бажає отримати притулок)

- особу, яка здійснює трудову діяльність для церковної, релігійної та благодійної спільнот, яка не має доходу від цієї чи будь-якої іншої діяльності, на додаток до доходу, що не підлягає оподаткуванню

- особу, у якої забезпечена допомога з тимчасової непрацездатності та яка отримує відшкодування посадового окладу за службу в поліції під час його тимчасової нездатності виконувати цивільну службу, а також компенсацію заробітної плати професійного солдата, який не може проходити військову службу через хворобу чи нещасний випадок, хвороби чи материнства за особливою постановою

- студента очної форми аспірантури, якщо загальна тривалість навчання в аспірантурі перевищує стандартну тривалість навчання в аспірантурі очного відділення, і він ще не отримав ступінь кандидата наук або не досяг віку 30 років

Держава також забезпечує медичне обслуговування (поза медичним страхуванням) наступним категоріям іноземних громадян:

- особі, яка бажає отримати притулок

- особі, яка бажає отримати тимчасовий притулок

- іноземному громадянину, якому було надано тимчасовий притулок

- іноземному громадянину, якому було надано додатковий захист (у деяких випадках).

Окрім того, статтею 12 Законом № 576/2004 «Про охорону здоров'я, послуги, пов'язані з наданням медичної допомоги та про внесення змін і доповнень до деяких законів вказаного Закону» встановлено, що правовідносини, предметом яких є надання медичної допомоги, виникають на

підставі договору про надання медичної допомоги, який особа укладає з постачальником, якщо інше не встановлено цим Законом

Договір про надання загальної амбулаторної допомоги укладається у письмовій формі не менше ніж на шість місяців; його оригінал є частиною медичної документації, а другий примірник надається особі або її законному представнику.

Кожен громадянин, який проживає на території Словацької Республіки, зареєстрований в одного лікаря першого контакту, тобто лікаря загальної практики, який веде його медичну документацію в цілому та відповідає за постійний догляд за пацієнтом. Лікар першого контакту або Лікар загальної практики, який надає первинну медичну допомогу, отримує оплату за надання медичної допомоги пацієнту з джерел державного медичного страхування.

В той же час. лікар загальної практики можете бути постачальником за контрактом однієї страхової компанії або всіх трьох, які працюють у Словаччині.

Таким чином на відміну від законодавства України законодавство Словацької Республіки передбачає наявність як договору із лікарем загальної практики, так і договору зі страховою службою.

Порівнюючи законодавство у сфері охорони здоров'я в Україні та Словацькій республіці можливо зробити висновок, що обома державами на законодавчому рівні забезпечується доступ до первинної медичної допомоги, однак на відміну від страхової моделі фінансування системи охорони здоров'я у Словацькій Республіці, Україною доступ до безоплатної медичної допомоги реалізується завдяки програмі медичних гарантій.

#### **Список використаних джерел**

1. Universal Declaration of Human Rights. URL: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

2. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. URL: <https://www.health.gov.sk/?vas-vybrane-parametre-zmluvnych-podmienok-zp-vseobecne-lekarstvo>

3. SPOLOČNOSŤ VŠEOBECNÝCH LEKÁROV SLOVENSKA. URL: <https://svls.sk/category/zdravotne-poistenie/vykazovanie-pre-zdravotne-poistovne/>

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

5. Zákon č. 576/2004 Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. URL: <https://www.epi.sk/zz/2004-576>

6. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році: постанова Кабінету міністрів України від 27 грудня 2022 р. № 1464. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1464-2022-%D0%BF#Text>

7. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>

**Субот Надія Іванівна,**  
аспірантка Навчально-наукового інституту права Сумського державного університету

### **ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЮРИДИЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА КОНТРАБАНДУ ОРГАНІВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ТА ІНШИХ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ**

Організована контрабанда та торгівля органами людини, часто є менш обговорюваною формою торгівлі людьми серед зацікавлених сторін, через її складну та часто приховану природу. Торгівля людьми в сексуальних цілях та/або трудова діяльність є більш поширеними видами злочинів що висвітлюються в інформаційній повістці. Проте контрабанда та торгівля органами займає критичне місце серед транснаціональних організованих злочинних угруповань через високий попит і відносно низькі показники розслідування з боку правоохоронних органів[1].

Так як контрабанда трансплантаційних органів та інших анатомічних матеріалів людини є транснаціональним злочином, її вирішення потребує міжнародної співпраці.

На міжнародному рівні існує декілька правових інструментів та ініціатив, спрямованих на вирішення проблеми контрабанди органів для трансплантації та інших анатомічних матеріалів людини. Наприклад, зазначені суспільні відносини регулюються наступними міжнародними нормативно-правовими актами:

1) Конвенція ООН проти транснаціональної організованої злочинності (UNTOC) [2], яка була прийнята в 2000 році, та є комплексною міжнародно-правовою базою для боротьби з транснаціональною організованою злочинністю, включаючи торгівлю органами. Її положення заохочують

держав-підписантів криміналізувати та вживати заходів для запобігання та припинення незаконної діяльності, пов'язаної з торгівлею органами.

2) Протокол про запобігання, припинення та покарання за торгівлю людьми, особливо жінками та дітьми [3]: цей протокол, який доповнює UNTOC, конкретно стосується торгівлі людьми, яка може включати торгівлю людьми з метою вилучення органів. Вона спрямована на попередження та боротьбу з торгівлею людьми та захист прав жертв.

3) Керівні принципи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо трансплантації людських клітин, тканин і органів [4]: ці керівні принципи служать міжнародною основою для безпечної, етичної та ефективної практики трансплантації. Вони наголошують на важливості захисту прав і добробуту донорів і реципієнтів органів і перешкоджають незаконній діяльності, пов'язаній з торгівлею органами.

4) Конвенція Ради Європи проти торгівлі людськими органами [5]: ця конвенція, прийнята в 2015 році, зосереджена саме на торгівлі людськими органами. Він встановлює комплексні заходи щодо запобігання торгівлі органами, захисту жертв та забезпечення ефективного переслідування правопорушників. Він передбачає кримінальну відповідальність для осіб, причетних до торгівлі органами, зокрема посередників і посередників.

Треба зазначити, що міжнародне співробітництво є вирішальним у боротьбі з контрабандою органів для трансплантації та інших анатомічних матеріалів людини. Країни часто співпрацюють за допомогою взаємної правової допомоги, договорів про екстрадицію та механізмів обміну інформацією для розслідування та судового переслідування транскордонних випадків торгівлі органами.

Важливо розуміти, що міжнародне право забезпечує нормативні рамки для країн-підписантів для вирішення проблеми торгівлі органами. Але виконання цих законів зрештою залежить від зобов'язань і виконання окремими країнами.

Тому, для протидії цьому негативному явищу більшість цивілізованих країн світу зпровадили юридичну відповідальність на національному рівні. Так як торгівля органами людини, контрабанда таких органів та анатомічних матеріалів має великий рівень суспільної небезпеки то за неї передбачена саме кримінальна відповідальність.

Аналізуючи вітчизняне та іноземне законодавство у сфері незаконної трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини, а також їх контрабанди, можемо умовно поділити їх на наступні окремі кримінальні правопорушення:

- Торгівля органами – контрабанда або торгівля органами для трансплантації вважається серйозним кримінальним злочином у більшості юрисдикцій. Це включає в себе незаконну торгівлю органами для трансплантації, часто пов'язану з експлуатацією вразливих осіб. Покарання за торгівлю органами можуть включати ув'язнення, штрафи та інші заходи покарання.

- Незаконна трансплантація – крім торгівлі органами, участь у незаконних процедурах трансплантації також може бути кримінальним злочином. Це включає проведення операцій з трансплантації без належного дозволу або отримання органів незаконним шляхом. Особи, залучені до цієї діяльності, наприклад лікарі, одержувачі та посередники, можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності та мають правові наслідки.

- Торгівля людьми – якщо контрабанда або торгівля органами для трансплантації включає примус, викрадення або експлуатацію осіб, це також може підпадати під дію законодавства про торгівлю людьми. Закони про торгівлю людьми спрямовані на боротьбу з незаконною торгівлею та експлуатацією людей, і вони можуть охоплювати різні форми примусової праці, включаючи торгівлю органами.

- Незаконна торгівля анатомічними матеріалами – крім органів для трансплантації, контрабанда інших анатомічних матеріалів людини, таких як тканини, кістки або частини тіла, також може бути предметом кримінальної відповідальності. Конкретні закони щодо торгівлі анатомічними матеріалами можуть відрізнятися, але в багатьох країнах діють правила, які запобігають незаконному продажу, купівлі або володінню такими матеріалами.

Отже, контрабанда органів для трансплантації та анатомічних матеріалів людини є порушенням етичних принципів і прав людини. Встановлення юридичної відповідальності має ключове значення для вирішення цієї глобальної проблеми. Національне законодавство відіграє вирішальну роль у боротьбі з контрабандою органів та анатомічних матеріалів. Складно перебільшити важливість криміналізації торгівлі органами, встановлення суворих правил для трансплантації органів та впровадження механізмів нагляду та правозастосування. Впроваджуючи суворе національне законодавство, гармонізуючи міжнародні зусилля та притягаючи до відповідальності окремих осіб і мережі, ми можемо прагнути до викорінення контрабанди органів і анатомічних матеріалів, тим самим захищаючи цілісність трансплантації органів і медичних досліджень, дотримуючись принципів людської гідності та незалежності.

### Список використаних джерел

1. Organ Trafficking: The Unseen Form of Human Trafficking June 26, 2018 The Magazine for Career-minded Professionals in the Anti-Money Laundering Field. URL : <https://www.acamstoday.org/organ-trafficking-the-unseen-form-of-human-trafficking/> (дата звернення: 28.05.2023)
2. Конвенція Організації Об'єднаних Націй проти транснаціональної організованої злочинності Прийнята резолюцією 55/25 Генеральної Асамблеї від 15.11.2000. URL : [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_789#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_789#Text) (дата звернення: 28.05.2023)
3. Протокол про попередження і припинення торгівлі людьми, особливо жінками і дітьми, і покарання за неї, що доповнює Конвенцію Організації Об'єднаних Націй проти транснаціональної організованої злочинності Ратифікація від 04.02.2004. URL : [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_791#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_791#Text) (дата звернення: 28.05.2023)
4. Who Guiding Principles On Human Cell, Tissue And Organ Transplantation Who/Htp/Eht/Cpr/2010.01 URL : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341814/WHO-HTP-EHT-CPR-2010.01-eng.pdf?sequence=1> (дата звернення: 28.05.2023)
5. Конвенція Ради Європи про заходи щодо протидії торгівлі людьми. URL : [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_858#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_858#Text) (дата звернення: 28.05.2023)

**Таранов Володимир Володимирович**, доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, кандидат медичних наук, доцент

### **ПРО НЕОБХІДНІСТЬ КООРДИНАЦІЇ ПРОГРАМ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я» ЗІ ЗМІНАМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Зміст навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я», як ніякої іншої, є залежним від політики держави в сфері охорони здоров'я, та її реалізації керівництвом галузі. Останніми роками зміни в галузі, що проводяться в межах її реформування, набули дуже інтенсивної динаміки. Відбувається прийняття нових законів, Указів Президента, Постанов Кабінету Міністрів, Наказів МОЗ, багатьох нормативних

документів, які суттєво змінюють ситуацію як в системі охорони здоров'я загалом, так і в окремих аспектах її діяльності.

Це, зокрема, питання, що стосуються обліку захворюваності, статистичних показників здоров'я населення, діяльності закладів охорони здоров'я, звітності про цю діяльність, структури та функцій медичних закладів, що надають допомогу на її різних рівнях, експертизи працездатності фінансування і т.і. Безсумнівно, ці зміни повинні враховуватись у викладанні предмету, інформація про них має доводитись до відома студентів, використовуватись у засобах контролю. Студенти, особливо, випускних курсів, повинні знати сучасну ситуацію в галузі, а не таку, якою вона була в момент прийняття відповідних навчальних програм. Однак на цей час механізми використання інформації про новації, які відбуваються в галузі, практично відсутні.

Примірна програма навчальної дисципліни від 8.06.2018 р., обговорена на міжкафедральній нараді завідувачів однопрофільних кафедр закладів вищої освіти МОЗ та МОН України та погоджена Директором центрального методичного кабінету, яка є в основі робочих програм закладів вищої медичної освіти, зокрема і Запорізького медико-фармацевтичного університету, не передбачає навчальних годин на вивчення нових документів, що стосуються правової основи діяльності галузі. Вище згадані наради завідувачів однопрофільних кафедр, на яких могли б вирішуватися питання про нагальні оперативні зміни до програм, не проводяться, принаймні, інформація про їхню діяльність відсутня.

Звичайно, профільні кафедри можуть самі вносити зміни відносно примірної програми до своїх робочих програм, однак такі зміни повинні бути скоординованими з іншими закладами вищої медичної освіти і, що є особливо важливим, має бути повна визначеність у питанні, чи знайдуть відображення означені зміни в засобах контролю на іспиті КРОК-2: чи треба давати відповідь «як в підручниках», чи «як у нових нормативних документах».

Таким чином, вважаємо за потрібне:

1. Створити механізми оперативного впровадження в навчальний процес викладання дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» нововведень в нормативну базу галузі охорони здоров'я шляхом виділення окремих годин в програмі.

2. Забезпечити вилучення з бази тестів для іспиту КРОК-2 тестів, що не відповідають змісту сучасних нормативних документів з одночасною їх заміною новими тестами та публікацією проведених змін.

**Ткаченко Наталя Олександрівна**, завідувач кафедри управління та економіки фармації Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор фармацевтичних наук, професор

**Демченко Вікторія Олександрівна**, доцент кафедри управління та економіки фармації Запорізького державного медико-фармацевтичного університету кандидат фармацевтичних наук, доцент

**Литвиненко Ольга Веніамінівна**, доцент кафедри управління та економіки фармації Запорізького державного медико-фармацевтичного університету кандидат фармацевтичних наук, доцент

**Маганова Тамара Валеріївна**, асистент кафедри управління та економіки фармації Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор філософії (PhD)

## **СУЧАСНИЙ СТАН ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В УКРАЇНІ: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ**

З початком повномасштабної агресії росії проти України, на фоні соціально-економічних проблем, що були спричинені пандемією COVID-19, фармацевтичний сектор зіткнувся з проблемами, які потребували негайного вирішення.

В перші дні війни, за даними Держслужби України, закрилося близько 90 % аптек по всій території і могли працювати лише 10%: колапс пов'язаний із питаннями безпеки співробітників, а також масовим виїздом населення з країни. Враховуючи той факт, що персонал аптек на 97% складається з жінок, стає очевидним - фармацевти-жінки виїхали за кордон та інші безпечні місця, рятуючи своїх дітей.

Крім того, гостро стала проблема у питаннях товарного запасу та фізичної, а згодом й економічної доступності ліків: за перші дні війни запаси зменшилися до 1-2-х денної необхідності по різних групах препаратів, деяких ліків не було взагалі. Гостро відчувався брак ліків, які значною мірою залежали від зарубіжних поставок. З початком війни різко зменшилась кількість постачальників лікарських засобів та іншої фармацевтичної продукції. Також, в перші місяці війни збільшився відпуск лікарських препаратів без рецептів.

Означене, спонукало органи державної влади впроваджувати додаткові методи регулювання/дерегулювання задля забезпечення необхідного рівня доступності до фармацевтичної допомоги усім верствам населення та усій території країни.

Основні зміни, прийняті у правовій площині, стосувалися регламентування роздрібної торгівлі ЛЗ з використанням інформаційно-комунікаційних систем дистанційним способом, яке підвищило фізичну доступність ЛЗ в умовах карантинних обмежень (реалізовано на початок воєнного стану в Україні). Було спрощено умови ліцензування господарської діяльності з оптової та роздрібної торгівлі ЛЗ, імпорту ЛЗ, виробництва ЛЗ (для суб'єктів господарювання, які мають чинну ліцензію на виробництво), а також дозвіл продажу ЛЗ аптеками іншим аптекам, транспортування ЛЗ транспортними засобами загального користування, зокрема тими, якими здійснюється перевезення пасажирів, та у поштових або багажних відправленнях, відпуск рецептурних ЛЗ, крім тих, які містять наркотичні засоби, психотропні речовини, без рецепта за умови надання фармацевтичними працівниками роз'яснення пацієнтам щодо необхідності застосування ЛЗ згідно із зазначеною інструкцією (для територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією).

Зміни торкнулися фармацевтичних кадрів: Міністерство охорони здоров'я України своїм наказом від 07.03.2022 р. № 429 надало дозвіл на період воєнного стану в країні до роботи у фармацевтичних (аптечних) закладах, а також в інших закладах охорони здоров'я залучати:

- на посади асистентів фармацевтів: випускників закладів вищої освіти за спеціальністю 226 «Фармація, промислова фармація» галузі знань 22 «Охорона здоров'я», які поточного року та у попередні роки не були зараховані на навчання до інternатури; здобувачів вищої освіти 4-го–5-го року навчання (у разі проходження заочної форми – 5-го–6-го року навчання) за спеціальність 226,

- на посади помічників фармацевтів: здобувачів вищої, фахової передвищої освіти за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я»;

- на відповідні посади фахівців у закладах охорони здоров'я: випускників закладів вищої освіти за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я», які у 2022 р. та попередні роки не були зараховані на навчання до інternатури.

Окрім того, за потреби до роботи у фармацевтичних (аптечних) закладах можуть залучатися: науково-педагогічні, наукові та навчально-допоміжні працівники, які працюють у закладах вищої освіти, наукових установах за основним місцем роботи та мають діючий сертифікат провізора-

спеціаліста або посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії за відповідною фармацевтичною спеціальністю.

Таким чином, внесення змін до правового поля фармацевтичної діяльності у важкі часи для фармації і країни, в цілому, дозволили покращити фармацевтичне забезпечення та окреслили наступні необхідні питання реформування.

**Тринчук Анастасія Андріївна**, викладач кафедри судової медицини та права Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, PhD

**Жарлінська Раїса Григорівна**, доцент кафедри судової медицини та права Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, кандидат економічних наук, доцент

**Березовський Артур Миколайович**, завідувач кафедри патологічної анатомії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, кандидат медичних наук, доцент

## **ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ РОЗРОБКИ ЕФЕКТИВНОЇ КОНКУРЕНТНОЇ СТРАТЕГІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ОСНОВІ ІНСТРУМЕНТІВ КЛІНІЧНОГО АУДИТУ**

Успіх реалізації розробленої конкурентної стратегії закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) залежить від діючої системи контролю, який здійснюється протягом періоду дії стратегії. Контроль передбачає системний аналіз і оцінку виконання рішень відповідно до стратегічного плану і ступеня досягнення стратегічних цілей.

У наказі МОЗ від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» визначено такі методи контролю – зовнішній та внутрішній, самооцінка медичних працівників, експертна оцінка, клінічний аудит, моніторинг системи індикаторів якості, атестація / сертифікація відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу [1].

Ефективність і результативність діяльності ЗОЗ мають зростаюче значення в оцінці їх конкурентоспроможності на ринку медичних послуг. Розробка і впровадження в 70-х роках ХХ століття ряду стандартів в галузь охорони здоров'я (GCP, GLP, CMP, GNP) та створення систем якості в ЗОЗ на основі вимог стандартів TQM і серії ISO 9000 підтвердили доцільність перебудови діяльності галузі охорони здоров'я за індустріальним типом. Впровадження будь-якої базової конкурентної стратегії – лідерства за якістю, або вдосконалення процесу, або фокусування на потребах пацієнтів – в практичну діяльність ЗОЗ вимагає організації клінічного аудиту як інструмента оцінки якості медичної послуги, механізму вдосконалення медичного обслуговування населення, засобу стимулювання професійної діяльності медичного персоналу. Медична допомога / послуга апріорі має бути якісною. Право пацієнта на якісну та безпечну медичну допомогу закріплено у міжнародних стандартах надання медичної допомоги та вітчизняному законодавстві в сфері охорони здоров'я.

Провідною метою клінічного аудиту є поліпшення існуючої клінічної практики і забезпечення лідерства з надання медичних послуг на основі постійного вибору для вирішення найбільш актуальних завдань, що стоять перед ЗОЗ або його структурним підрозділом. До інших цілей клінічного аудиту відносять забезпечення захисту прав громадян в галузі охорони здоров'я і забезпечення населення якісними послугами в рамках гарантованих державних або страхових програм медичної допомоги; вдосконалення діагностики, лікування і реабілітації соціально значущих та інших захворювань, з якими звертається населення.

Для досягнення поставлених цілей персоналу ЗОЗ необхідно успішно вирішити ряд завдань: сформувані службу контролю якості в ЗОЗ; провести оптимізацію управління діяльністю персоналу (стандартизувати процеси, розробити алгоритми діяльності); на основі доказової медицини провести ревізію схем лікування, прийнятих в даному ЗОЗ з найбільш важливих і соціально значущих захворювань.

Найбільш поширеною моделлю аудиту медичної послуги є базова модель виміру якості Donabedian A., яка поширена в галузях промисловості та містить наступні компоненти: внутрішні ресурси – в медицині до них відносяться також структура, що надає ресурси (наприклад, обладнання та інструментарій лікарів, медичного закладу та поєднання людських ресурсів і рівня кваліфікації); процес – це спосіб застосування ресурсів, наприклад,

стиль взаємовідносин із пацієнтами; результат – це наслідок втручання, що вимірюється як медичними, так і функціональними показниками.

На відміну від класичного контролю якості, клінічний аудит заснований на принципі безперервного покращення якості, відображенням чого служить цикл Deming – Shewhart, або цикл PDCA (Plan– Do–Check– Act), який чітко демонструє циклічність роботи, тобто не тільки проведення оцінювальних заходів безпосередньо, але й подальше внесення змін в практику роботи, а також подальший контроль в динаміці.

Головним принципом всього процесу клінічного аудиту є те, що він має призводити до вдосконалення клінічної практики з покращенням результатів лікування пацієнтів. Він здійснює систематичний критичний перегляд якості клінічної практики мультидисциплінарною командою. За допомогою клінічного аудиту можна відстежити процеси діагностики, лікування та догляду за пацієнтами, використані ресурси та вплив медичної послуги на результат і якість життя пацієнта. Окрім цього виділяємо такі принципи клінічного аудиту: початок всередині ЗОЗ; контроль наявних даних; конфіденційність; відсутність покарання або обвинувачення за результатами його проведення.

Аудит порівнює актуальну практику із стандартами здійснення медичної практики. В результаті цього порівняння будь-які недоліки у існуючій практиці можна виявити та усунути.

В даний час існує декілька моделей клінічного аудиту. Всі вони засновані на принципах PDCA, проте мають і суттєві відмінності. Системи клінічного аудиту Національної служби охорони здоров'я Великобританії (NHS) і США функціонують, передусім, як акредитаційні механізми. Дані системи є особливо перспективними, проте варто зауважити, що практика стандартизації та клінічних аудитів у Великобританії і США була введена понад 30 років тому і в даний час такі методології аудиту використовуються там для подальшого вдосконалення національних систем охорони здоров'я, але вони є малозастосовними для тих країн, де медична практика недостатньо систематизована.

За останні 20 років у світі відбулися якісні зміни в системі охорони здоров'я, що стосуються, зокрема, розвитку так званого пацієнт-орієнтованого підходу, заснованого на принципах поваги до пацієнта і фокусуванні на його індивідуальних інтересах, потребах і цінностях, а також на залученні його до процесу прийняття рішень щодо надання медичної послуги. Даний підхід став основною базою управління сучасним ЗОЗ,

оскільки практика підтверджує оптимальність прийнятих на його основі управлінських рішень. На прикладі аналізу різних підходів до моніторингу якості проведення діагностики ми сформуваємо методологію клінічного аудиту, орієнтовану на оцінку організації логістики. Тобто клінічний аудит спроможний оцінити ефективність операційної діяльності (клінічного або лікувально-діагностичного процесу) з точки зору менеджменту та оптимізувати логістичну систему ЗОЗ. Ключовим компонентом методології є стандартизована пацієнт-центрична модель клінічного маршруту при виконанні діагностичних досліджень. Основна ідея аудиту полягає у зіставленні реального стану логістики пацієнта і стандартизованої моделі клінічного маршруту з подальшим формулюванням індивідуалізованих рекомендацій, спрямованих на підвищення якості роботи діагностичного відділення (з урахуванням локальних особливостей). В цілому, методологія аудиту розроблена з урахуванням міжнародних рекомендацій і являє собою систему, що дозволяє підвищити якість як прийому пацієнтів, так і організації роботи всередині відділення.

При розробці стандартизованої моделі ми керувалися Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ст. 4 якого визначає зокрема такі принципи охорони здоров'я, як: дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я [2]. Крім того, розробка клінічного маршруту пацієнта регламентована нормами наказу МОЗ України від 29.12.2016 №1422, п. 3.10, де зазначено, що клінічний маршрут пацієнта містить алгоритм руху пацієнта по підрозділах ЗОЗ, пунктах контактів з лікарями та іншим медичним персоналом у процесі надання медичної допомоги, а також за потреби взаємодії між ЗОЗ при наданні медичної допомоги з метою виконання вимог стандарту, уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги та нового клінічного протоколу медичної допомоги. Клінічний маршрут пацієнта розробляється у довільній формі з урахуванням особливостей відповідного ЗОЗ» [3]. З огляду на вище зазначені норми, маршрут пацієнта диференційований на блоки, які передусім відображають принцип оптимального розподілу відповідальності між персоналом. Для кожного блоку сформовані чіткі і лаконічні принципи, що базуються на пацієнт-центричному підході. Запропонована стандартизована пацієнт-центрична модель клінічного маршруту, як нам вважається,

відображає найбільш важливі фактори, які можуть вплинути на ЯМД при плануванні і проведенні діагностичних досліджень.

### **Список використаних джерел**

1. Про порядок контролю якості медичної допомоги: наказ МОЗ від 28.09.2012 № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12> (дата звернення 26.05.2023).

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України № 2801-ХІІ від 19.11.1992. Відомості Верховної Ради України (ВВР).1993. № 4. Ст.19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 27.05.2023).

3. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я від 28 вересня 2012 року № 751: наказ МОЗ України від 29.12.2016 №1422. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text>.

ДЛЯ ПОДАТОК

Навчальне видання

АНІЩЕНКО Михайло Анатолійович  
АЛЕКСЄЄВ Олександр Германович  
ДІЧКО Ганна Олегівна

## **ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я-2023**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З  
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**30-31 травня 2023 року**

Редактор І.Г. Шишко  
Технічний редактор М.І. Синюгін

Підписано до друку 08.09.2023.  
Папір офсетний. Друк - ризограф.  
Умов. друк. арк. 4,0  
Наклад 50 прим. Зам. № 9827  
Оригінал-макет виконаний в ЦВЗ ЗДМФУ  
69035, г. Запоріжжя, пр-т Маяковського 26,

Видавництво ЗДМФУ  
69035, Запоріжжя, пр. Маяковського, 26