

<https://doi.org/10.25040/medicallaw2023.01.016>

УДК 347.1:614

БЛАЩУК ТЕТЯНА ВОЛОДИМИРІВНА

*кандидат юридичних наук, доцент, завідувач кафедри цивільно-правових дисциплін Навчально-наукового інституту права ім. І. Малиновського **Національного університету «Острозька академія»**, член науково-консультативної ради при Верховному Суді*
<https://orcid.org/0000-0002-0605-1920>
tetiana.blashchuk@oa.edu.ua

ГУЩУК ІГОР ВІТАЛІЙОВИЧ

*доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри громадського здоров'я та фізичного виховання Навчально-наукового інституту соціально-гуманітарного менеджменту **Національного університету «Острозька академія»***
<https://orcid.org/0000-0002-8075-9388>
ihor.hushchuk@oa.edu.ua

ВІВСЯННИК ОЛЕГ МИХАЙЛОВИЧ

*кандидат наук з державного управління, директор **Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я Рівненської ОВА***
<https://orcid.org/0000-0003-2441-9992>
vvoo@ukr.net

КОДЕКС З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ПРАВОВЕ ПІДґРУНТЯ РЕФОРМИ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Досліджено моделі організації системи медичного обслуговування населення, їх переваги та недоліки, а також проаналізовано правове забезпечення нинішньої моделі охорони здоров'я в Україні. Акцентовано увагу на необхідності впровадження принципу «Охорона здоров'я в усіх політиках держави» при реформуванні галузі.

З'ясовано, що чинне законодавство не забезпечує системної охорони прав та інтересів осіб у сфері охорони здоров'я, а також потребує систематизації та вдосконалення. Відтак, у межах дискусії щодо способу систематизації законодавства у сфері охорони

здоров'я запропоновано розробити та впровадити Кодекс з охорони здоров'я як акт, предмет регулювання якого є ширшим ніж предмет регулювання Медичного кодексу, запропоновано його структуру і зміст.

Ключові слова: охорона здоров'я, законодавство, Кодекс з охорони здоров'я, Медичний кодекс.

Світова практика охорони здоров'я протягом XIX–XX століть виробила декілька різних моделей організації системи медичного обслуговування, які ми трактуємо як системи охорони здоров'я. Основні, базові моделі умовно можна поділити на чотири групи, більшість інших певного мірою є похідними. Відмінності між моделями зумовлені історичними, культурними та соціальними особливостями держав. Однак простежується і спільний напрям еволюції національних систем охорони здоров'я, пов'язаний з пошуком конструктивних рішень у полі дії двох практично протилежних тенденцій.

З одного боку, в усьому світі спостерігається постійне зростання цін на медичне обслуговування, викликане об'єктивним ускладненням професійної діяльності, подорожчанням медичної апаратури, медикаментів тощо, з іншого – уряди більшості країн проводять політику, спрямовану на забезпечення соціальної стабільності та задоволення основних життєвих потреб усіх громадян, незалежно від їхнього майнового становища [1;2].

Перша модель організації системи медичного обслуговування – ринкова організація системи охорони здоров'я («американка»). У цій моделі лікарі та населення взаємодіють як вільні суб'єкти ринку. Професіонали (лікарі) пропонують свої послуги, а споживачі (пацієнти) купують ці послуги за власні кошти. Як наслідок встановлюється ринкова ціна послуг. Солідарний принцип оплати медичної допомоги реалізується шляхом добровільного медичного страхування (ДМС), де страхові компанії також є суб'єктами ринку, що діють у власних комерційних інтересах.

Роль держави обмежується законодавчим регулюванням ринку медичних послуг та окремими програмами, що компенсують соціальні витрати «ринкової моделі».

Цю модель реалізовано у США. Її перевагами є мобільність ресурсів; наявність стимулів для розвитку професійної діяльності; висока інтенсивність діяльності; високий темп змін. Недоліки моделі: величезні соціально-економічні втрати: «не охоплені» виявляються великі соціальні групи людей, не спроможні оплачувати медичну допомогу (так, у США понад 30 млн людей не мають медичної страховки. Навіть така непопулярна медична реформа Барака Обами, яка фактично розділила націю навпіл, все ж залишила більше 23 млн осіб незастрахованими до 2019 р.); труднощі з оптимізацією системи охорони здоров'я у масштабах країни; високі сукупні суспільні витрати на охорону здоров'я; необхідність мати розвинену судово-правову систему, оскільки значна частина громадських доходів іде на утримання великої кількості адвокатів [3;4].

Друга модель: ринкові відносини, що регулюються державою, – «система Бісмарка». У цьому варіанті лікарі та громадяни мають значно менший ступінь свободи поведінки, ніж за умов першої моделі, але недоліки гранично-ліберальної ринкової форми організації системи охорони здоров'я можуть істотно компенсуватися втручанням держави. Перший історичний досвід такого втручання – це реформа Бісмарка у Німеччині. Бісмарк запровадив обов'язкове медичне страхування (далі – ОМС) у національному масштабі. У цій моделі лікарі залишаються вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку. Держава ж законодавчим шляхом зобов'язує працедавців солідарно брати участь у частковій оплаті медичної допомоги за рахунок неприбуткових страхових установ (лікарняні каси). Решту доплачують громадяни. У системі Бісмарка страхові структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані використовувати всі зібрані кошти виключно на оплату медичної допомоги.

Держава практично не бере участі в забезпеченні медичної допомоги власними ресурсами, проте суб'єкти ринку мають значно менший ступінь свободи поведінки, ніж за умов першої моделі.

Переваги моделі: зберігаються усі переваги ринкової моделі; принцип солідарної оплати медичної допомоги діє у національному масштабі, таким чином забезпечується доступність медичної допомоги для всіх. Недоліки моделі: необхідність створення громіздкого адміністративного апарату для здійснення складної системи розрахунків з ЛПЗ, утримання якого пов'язане з високими витратами; збереження недоліків ринкової моделі: зростання обсягів непотрібних послуг, великі витрати на судово-правове регулювання взаємовідносин суб'єктів сфери охорони здоров'я.

Таку модель реалізовано в Австрії, Бельгії, Франції, Німеччині, Нідерландах. Лише заможні країни можуть дозволити собі подібну організацію системи охорони здоров'я [5–8].

Зі створенням системи ОМС в національному масштабі уперше було продемонстровано можливості держави в організації соціально справедливої системи охорони здоров'я.

Якісним стрибком в еволюції національних моделей системи охорони здоров'я стала заміна ринкових форм їх організації на державно-адміністративні («модель Беверіджа» та «модель Семашка»). Реалізацію принципу солідарної участі всіх громадян в оплаті медичної допомоги повністю взяла на себе держава, що дало змогу радикально викоринити недоліки ринкової системи.

Третя модель – «система Беверіджа». Держава істотно обмежує ринкові відносини між лікарями та населенням. При цьому медична допомога гарантується усім громадянам, незалежно від їхнього соціального та майнового становища. Гарантом виступає держава.

Відносини між державою, лікарями та населенням змінюються. Лікарі перестають бути підприємцями і працюють за наймом. У пацієнтів уже немає можливості ринкового вибору. Фактично і для медичних працівни-

ків, і для населення – це обмін ризиків і переваг ринкового існування на соціальну стабільність.

Водночас «система Беверіджа» зберігає конкуренцію між лікарями. Однак конкурентна боротьба ведеться не за приватні ресурси громадян, а за ресурси держави, спрямовані на оплату медичної допомоги та медичних послуг, що здійснюється за принципом «оплата йде слідом за пацієнтом». Розмір грошової винагороди безпосередньо залежить від обсягу наданих послуг і кваліфікації лікаря.

Сьогодні таку модель реалізовано (з деякими національними особливостями) у Великій Британії, Канаді, Італії, Норвегії та деяких інших країнах [9–11].

Переваги моделі: 100% доступність медичної допомоги; контроль держави за видатками на охорону здоров'я; можливість оптимізації системи охорони здоров'я у національному масштабі; відносна простота фінансування та оплати праці у сфері охорони здоров'я. Недоліки моделі: відсутність ринкових стимулів до поліпшення якості послуг, невисокі стандарти медичного обслуговування; відсутність зацікавленості в економії всіх видів ресурсів як у організаторів охорони здоров'я, так і в медиків; наявність справедливих претензій з боку споживачів до якості обслуговування та до його організації (черги, байдужість персоналу тощо).

Четверта модель – «система Семашка». Найбільшою мірою нормативно-адміністративна форма організації системи охорони здоров'я втілювалась у «моделі Семашка», яка була реалізована в радянській державі (СРСР). У цій моделі взаємодію лікарів і пацієнтів було жорстко регламентовано й підпорядковано принципам планово-розподільчої організації господарства. Лікарі – уже не просто наймані працівники, а певним чином зобов'язані державою службовці. Пацієнти втрачають право обирати лікаря; запроваджується так звана приписка. І професійна діяльність, і умови надання медичної допомоги максимально уніфікуються. Діяльність організаторів системи охорони здоров'я також гранично регламентована.

Проте ця модель також мала деякі свої переваги. Переваги моделі: висока ефективність у ситуаціях, які потребують мобілізації ресурсів (епідемії, війни, надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я тощо); економічність: показники діяльності та ефективності системи охорони здоров'я сягають тих самих значень, що і в розвинених країнах, проте за істотно менших (у десятки разів) видатків. Недоліки моделі: паралізованість і «омертвіння» усіх ресурсів (матеріальних, технологічних, інтелектуальних тощо); стагнація професійної діяльності в медичній сфері; низькі темпи змін [12;13].

На підставі аналізу діяльності та ефективності базових моделей системи охорони здоров'я доходимо висновку, що різні моделі національних систем охорони здоров'я – це різні варіанти вирішення одного питання: як за умов подорожчання медичного обслуговування (здорожчання медичної

допомоги, медичних послуг і лікарських засобів) забезпечити доступною та якісною медичною допомогою усіх громадян.

Відтак, метою публікації є порушення питання та обґрунтування необхідності систематизації законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні шляхом прийняття Кодексу з охорони здоров'я.

Оскільки в сучасному світі здоров'я населення визнано однією з найбільших цінностей, необхідним компонентом соціально-економічного розвитку й процвітання будь-якої держави та запорукою її національної безпеки, світова спільнота та Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) [14] закликають спрямувати зусилля на вирішення проблем у сфері охорони громадського здоров'я. Підтвердженням цього є Європейський стратегічний план «Здоров'я-2020: основи європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» [15]. Окрім того, із 17 Цілей сталого розвитку та 169 завдань, офіційно затверджених на засіданні Генеральної Асамблеї ООН наприкінці вересня 2015 р., більшість, прямо чи опосередковано, пов'язані з охороною життя та здоров'я людини [16].

Відтак, і в Україні однією зі складових реформи національної системи охорони здоров'я повинна стати розбудова вітчизняної системи охорони/захисту громадського здоров'я, стратегічним завданням якої є збереження здоров'я населення шляхом упровадження на державному рівні міжгалузевого та міжсекторального принципу «Охорона здоров'я в усіх політиках держави». Метою його впровадження є профілактика захворювань, зміцнення здоров'я та подовження тривалості життя на засадах сталого (збалансованого) розвитку [17;18]. Однак в Україні перманентне реформування медичної галузі, особливо в останні роки, призвело до руйнації так званої системи Семашка, яка, за визнанням ВООЗ, мала найефективнішу складову профілактичної медицини.

Доречно зауважити, що Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 [19] була розроблена ще у липні-вересні 2014 р., проте не схвалена, а Концепція реформи системи громадського здоров'я до 2020 року була розроблена та схвалена ще в листопаді 2016 р. На цей час в українському фаховому медичному середовищі напрацьовані проекти нових Концепції та Стратегії національної системи охорони здоров'я.

Проте, на нашу думку, стратегічною методологічною помилкою при розробці таких документів є те, що їх готують переважно медики з лікувальною підготовкою, а не лікарі-гігієністи, епідеміологи. Через це головна ідея таких документів полягає у поліпшенні лікування та медикаментозного забезпечення населення. Це зумовлено тим, що за роки незалежності, а особливо в останні 10–15 років, в Україні функції МОЗ поступово змістилися зі сфери комплексної охорони здоров'я в площину організації медичного обслуговування населення.

Для того щоб ефективно розбудовувати національну систему охорони здоров'я, ми повинні зрозуміти сутність таких понять, як «система охорони здоров'я» і «система охорони/захисту громадського здоров'я». Чи тотожні та взаємозамінні ці поняття? З наших методологічних підходів – ні, не зовсім.

Система охорони здоров'я не є питанням виключно медицини. Вона поєднує в собі декілька складових, дві з яких – базові: профілактика та лікування. І головна її місія – попередження виникнення та розвитку захворювань серед людей, як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях. Наразі ми пропонуємо для фахового середовища трактування системи охорони здоров'я як системи, що органічно поєднує підсистеми медичного і профілактичного забезпечення, які взаємодіють. У ній медична складова має охоплювати все, що пов'язано з системою медичного обслуговування, а виконання основних функцій покладено на працівників з медичною освітою: медична допомога, медичні послуги, забезпечення лікарськими засобами, диспансеризація та профілактичні медичні огляди, щеплення, санаторно-курортне лікування, оздоровлення та ін.

Профілактична складова у формі системи охорони громадського здоров'я на індивідуальному та популяційному рівнях охоплюватиме все, що спрямовано на моніторинг детермінант здоров'я, у тому числі виявлення та оцінювання реального чи можливого ризику від небезпечного впливу основних факторів середовища життєдіяльності людини (хімічних, фізичних, біологічних, соціальних), які шкідливо впливають або можуть впливати на життя і здоров'я людини чи на здоров'я майбутніх поколінь. Такий соціально-гігієнічний підхід дасть змогу в подальшому підготувати управлінські рішення чи їх проекти на державному, регіональному та місцевому рівнях з метою усунення чи мінімізації таких ризиків. У ній уже мають працювати як лікарі-гігієністи, епідеміологи, так і фахівці без спеціалізованої медичної освіти (екологи, правники, журналісти, економісти, соціальні працівники, ветеринари, аграрії та ін.). За соціально-економічною значущістю та з позиції національної безпеки важливіше значення, безперечно, має профілактична складова. Однак лікувальна є лідером у частині особистісного значення, особливо в критичних ситуаціях, коли існує реальна загроза здоров'ю та життю людини «тут і зараз».

Якщо охорона громадського здоров'я – це система державних правил і процедур управління детермінантами здоров'я людей на індивідуальному і популяційному рівнях, то розробка й дотримання правил і процедур управління підвищує вірогідність досягнення мети системи охорони громадського здоров'я – безпеки середовища життєдіяльності людей і формування впевненості у цьому населення.

Отже, дотримання принципу «Охорона здоров'я в усіх політиках держави» є проявом соціальної відповідальності політиків, має бути нормою для всіх структур, інституцій і зацікавлених осіб системи охорони громадського здоров'я, що стане умовою її ефективності.

Загалом в Україні створена правова основа для реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я й отримання медичної допомоги. Значним поштовхом для формування відповідного законодавства стало прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-ХІІ [20]. На ділі цей Закон послужив основою для побудови системи нормативних актів, які наразі становлять систему законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні.

Переважна більшість законодавчих актів спрямована на деталізацію та спеціальне регулювання відносин, що складаються у галузі охорони здоров'я. До таких спеціальних законодавчих актів належать, зокрема, Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994, що «регулює суспільні відносини, які виникають у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, визначає відповідні права і обов'язки державних органів, підприємств, установ, організацій та громадян, встановлює порядок організації державної санітарно-епідеміологічної служби і здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні» [21], Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000, що «визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту, навчання осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійсненні соціального захисту та навчання осіб, які страждають на психічні розлади» [22], а також Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000, що визначає правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, спрямованої на запобігання виникненню й поширенню інфекційних хвороб людини, локалізацію та ліквідацію їх спалахів та епідемій, встановлює права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб» [23] та ін.

Експертне фахове середовище, наприклад, Ірина Сенюта, пропонує «систематизувати закони у сфері охорони здоров'я за предметом правового регулювання й виокремити групи законів, які стосуються таких питань: 1) надання медичної допомоги; 2) правового статусу пацієнтів; 3) правового статусу медичних і фармацевтичних працівників; 4) фінансування охорони здоров'я; 5) оздоровчо-профілактичної діяльності; 6) гарантування безпечних умов життєдіяльності; 7) організації й управління охороною здоров'я; 8) біоетики» [24, с. 62]. Олена Клименко пропонує «класифікувати законодавство про охорону здоров'я за інститутами» [25, с. 129]. Так, фундаментальним інститутом законодавства України про охорону здоров'я є інститут

медико-санітарної допомоги, що доповнюється іншими інститутами: санітарно-протиепідемічного благополуччя, санаторно-курортного лікування, охорони навколишнього природного середовища, охорони й безпеки праці, лікарського забезпечення, страхування життя та здоров'я громадян.

Ігор Галичанський зазначає, що «багато розвинених країн (Австрія, США, Франція, Італія, Іспанія та ін.) у національному законодавстві про охорону здоров'я мають так звані медичні, або лікарські кодекси, норми яких регулюють відносини між медиками та пацієнтами, а також їхніми родичами, професійні стосунки медиків між собою, з адміністрацією закладів охорони здоров'я та державних органів» [26, с. 58].

В останні роки нормотворча діяльність у сфері охорони здоров'я провадиться досить активно. Звичайно, залишаються деякі недоліки й прогалини. Найбільш істотним недоліком чинних нормативних актів є те, що вони не завжди витримані концептуально, недостатньо розроблені механізми забезпечення їх реалізації. Законодавчі акти в сфері охорони здоров'я здебільшого не є актами прямої дії, а містять значну кількість відсилань до інших законів і підзаконних нормативних актів (здебільшого відомчих інструкцій і нормативів).

Найбільш проблемним моментом процесу створення національної системи законодавчого регулювання в сфері охорони здоров'я є розробка концепції розвитку й удосконалювання нормативно-правової бази України в сфері охорони здоров'я, що включає необхідність вирішення таких завдань: розширення предмета правового регулювання, усунення законодавчих прогалин, стандартизація всіх процесів надання медичної допомоги, перехід до прямої регулятивної ролі законів у системі охорони здоров'я й формування правової свідомості медичних працівників і населення. Наразі в Україні назріла необхідність ухвалення низки законів з різних питань сфери охорони здоров'я.

В останні кілька років реформовано законодавство щодо системи фінансування охорони здоров'я в Україні. Справді революційним, хоча й не досконалим і суперечливим, є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 [27], яким змінено засади фінансування медичного обслуговування, про що ми вже писали [28, с. 2].

Реформовано також законодавство, яке регулює донорство та трансплантацію, зокрема, прийнято Закон України «Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові» від 30.09.2020 [29], а також Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» від 17.05.2018 [30].

Нарешті, прийнято новий Закон України «Про лікарські засоби» від 28.07.2022 [31], який набув чинності з дня його опублікування та буде запроваджений у дію через 30 місяців після завершення воєнного стану, введеного Указом Президента України «Про введення воєнного стану в Україні» від 24.02.2022, затвердженого Законом України «Про затвер-

дження Указу Президента України “Про введення воєнного стану в Україні” від 24.02.2022».

Проте залишається ще багато питань, які потребують спеціального регулювання. Так, недостатньо чітко окреслено права людини як пацієнта, не визначено на законодавчому рівні особливості застосування допоміжних репродуктивних технологій тощо.

Відтак, розвиток законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні потребує насамперед прямого регулятивного впливу законів у системі охорони здоров'я із заміною адміністративно-правових норм цивільно-правовими. При цьому особливості медичного обслуговування у зв'язку з наданням окремих видів медичної допомоги повинні регулюватися не тільки галузевими інструкціями, стандартами й нормами, а й законодавчими актами, обов'язковими для виконання всіма громадянами, органами державної влади та органами місцевого самоврядування, суб'єктами господарювання, а також закладами охорони здоров'я незалежно від їх форми власності.

Вирішити ці проблеми треба шляхом розробки й прийняття законів, які можуть мати форму зводу законів про охорону здоров'я, що включатиме як ті законодавчі акти, які вже існують, так і ті, які потребують розробки й прийняття. Таку думку висловлює Роман Майданик [32, с. 7]. Останнім часом набула популярності думка про необхідність створення Медичного кодексу України, оскільки кодифікація як найбільш досконала й складна систематизація спрямована на докорінне якісне впорядкування законодавства, забезпечення його узгодженості й компактності.

Водночас, на нашу думку, у цьому питанні, необхідно розмежовувати назви та функціональне спрямування, предмет регулювання нормативних актів: «Медичного кодексу», предметом якого є норми приватного права, чи Кодексу з охорони здоров'я, що включатиме як норми приватного, так і норми публічного права. Такий кодекс більш системно регулюватиме сферу охорони здоров'я. Отож, у процесі дослідження ми порушуємо питання про те, який кодекс має стати таким, що надалі достатньою мірою регулюватиме відносини, які зараз є предметом регулювання Основ законодавства України про охорону здоров'я та низки інших нормативних актів. Такий кодекс має також містити норми, яких сьогодні немає, але які є нагальними для належного регулювання ефективної діяльності системи охорони здоров'я.

Предметом правового регулювання Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 є надзвичайно широке коло суспільних відносин. З одного боку, закон визначає права й обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я та умови надання медичної допомоги, що є сферою приватного права. З іншого боку, закон визначає основи організації охорони здоров'я та загальні засади забезпечення здорових і безпечних умов життя, особливості забезпечення лікарськими і протезними засобами, охорони здоров'я матері та дитини, що є сферою публічного права. Водночас закон регулює відносини щодо медико-санітар-

ного забезпечення санаторно-курортної діяльності і відпочинку, загальні засади медичної та фармацевтичної діяльності, реабілітаційної допомоги, а також організації проведення медичних експертиз. Такі норми можна назвати комплексними, оскільки вони здебільшого приватноправові, містять елементи публічно-правового регулювання.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 визначає охорону здоров'я як систему заходів, що здійснюються органами державної влади й органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку й одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості її життя.

Відтак, охорона здоров'я – це не лише функціонування національної системи охорони здоров'я, це й питання підтримання та збереження здоров'я, популяризації здорового способу життя, усвідомлення власної відповідальності громадян за своє здоров'я [33, с. 8].

Право на охорону здоров'я є найбільш широким, воно включає право на медичну допомогу й право на медичне страхування. Відтак, необхідно розрізняти права й обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я та обов'язки держави щодо його забезпечення, а також права пацієнтів при отриманні медичної допомоги та обов'язки закладів охорони здоров'я і фахівців у зв'язку із наданням медичної допомоги пацієнту.

Права людини у сфері охорони здоров'я мають загальний характер (вони сформульовані у ст. 6 Основ законодавства про охорону здоров'я) і стосуються усіх сфер середовища життєдіяльності людини. Відтак, у сфері охорони здоров'я складається низка суспільних відносин – медичних, екологічних, фінансових, управлінських, організаційних та ін. Вони регулюються різними галузями законодавства: конституційним, адміністративним, трудовим, цивільним, господарським, кримінальним, санітарним, екологічним тощо. Проте такі відносини у своїй основі мають саме медичні відносини, які виникають між пацієнтом і лікарем (медичним працівником) з приводу надання медичної допомоги на всіх етапах її здійснення.

Предметом правового регулювання нового кодифікованого акта, який прийде на зміну Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», мають стати не лише приватноправові відносини, що визначають права й обов'язки людини у сфері охорони здоров'я та умови надання медичної допомоги, а й публічні правовідносини, що виникають у зв'язку з організацією, фінансуванням і провадженням діяльності у сфері охорони здоров'я. І, що не менш важливо, такий акт повинен визначати загальні засади забезпечення здорових і безпечних умов життя людини, оскільки це є запорукою та основою здоров'я як окремої людини, так і всієї нації.

Нарешті такий акт повинен регламентувати особливості надання медичної допомоги в окремих сферах життя людини.

Відтак, видається більш доцільним прийняття Кодексу з охорони здоров'я як акта, предмет регулювання якого є ширшим ніж предмет регулювання власне Медичного кодексу.

Відповідно до загальних принципів нормотворчої практики, Кодекс з охорони здоров'я повинен складатися із загальної, спеціалізованої й особливої частин і включати всі чинні галузеві закони; закони, які необхідно узгодити з вимогами законодавства ЄС, закони, які варто розробити для усунення прогалин правового регулювання, а також певну частину відомих нормативно-правових актів, яким варто надати сили закону.

Кодекс з охорони здоров'я повинен бути актом прямої дії, систематизованим за пандектною системою, що дасть змогу усунути дублювання, суперечності й різночитання, заповнити правові прогалини законодавства, підвищити доступність і зручність використання законодавства в сфері охорони здоров'я.

Пропонується така структура Кодексу з охорони здоров'я:

Розділ 1. Загальні положення, що повинні містити норми, які забезпечують реалізацію права людини на життя і здоров'я, охорону здоров'я, а також тип організації діяльності системи охорони здоров'я на основі дотримання загальнодержавного принципу «Охорона здоров'я в усіх політиках держави».

Розділ 2. Організація та діяльність системи охорони здоров'я щодо належного медичного обслуговування та медичного страхування населення, яке полягає в наданні своєчасної, якісної та ефективної медичної допомоги, медичних послуг, забезпеченні доступними ліками, він повинен містити норми, які регулюють організацію та діяльність галузі охорони здоров'я, їх мету і завдання, форми і методи їх діяльності за напрямками, а також організаційні та правові засади діяльності закладів охорони здоров'я, медичних працівників, їхні права, обов'язки та відповідальність.

Розділ 3. Організація та діяльність системи охорони здоров'я у сфері громадського здоров'я щодо безпечного середовища життєдіяльності людини, що повинен містити норми, які забезпечують санітарну охорону території країни від занесення небезпечних та особливо небезпечних інфекційних хвороб, безпечність питної води, атмосферного повітря, ґрунту та харчових продуктів, дотримання вимог спеціалізованого санітарного законодавства, профілактику та популяризацію здорових умов життя, освіти та праці людини (і бланкетні норми, що відсилають до галузевого законодавства);

Розділ 4. Особлива частина, що міститиме норми, які регулюють відносини в окремих сферах охорони здоров'я.

-
1. Mahmoud Rajaa A. Models of Health Care systems. Basrah, Iraqi. 2012. 456 p.
 2. Chahal J., Whittington F., Subedi J. Health Care Systems. Lexington, 2019. 326 p.

3. Raffel N. The US Health System—A Brief Description. *The International Journal of Health Planning and Management*. 1987. № 2. P. 215–21.
4. Song Xue, Shi Nianwen, Badamgarav Enkhe, Kallich Joel, Varker Helen et al. (2011). Cost Burden of Second Fracture in the US Health System. *Bone*. 2011. Vol. 48. P. 828–36.
5. Ehrlich J., Grote U., Gerber-Grote A., Strassburg M. The Child Health Care System of Germany. *The Journal of Pediatrics*. 2016. Vol. 177. P. 71–86.
6. Wolpert E., Rössler W. The mental health care systems in Germany. *European Psychiatry*. 1997. №12. P. 128–128.
7. Bussche H. The Health Care System in France and Germany. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*. 2004. Vol. 44. P. 165–185.
8. Saint-Jean O. Health-Care System in France. *Psychogeriatrics*. 2005. № 4. P. 114–116.
9. France G., Taroni F., Donatini A. (2019). The Italian Health-Care System. Paris, 2019. 322 p.
10. Blair E., Clarke B., O'Neill T. (2011). Sustaining development of stratified medicines in the UK healthcare system: A commentary. *Personalized Medicine*. 2011. № 8. P. 517–521. DOI:10.2217/pme.11.50.
11. Gulland A. (2011). UK healthcare system is one of most efficient in rich countries. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2011. 343 p.
12. Hushchuk I.V. Do pytan rozbudovy novoi modeli natsionalnoi systemy okhorony zdorovia. Ch. 1. Osnovni modeli okhorony zdorovia u sviti. *Mystetstvo likuvannia*. 2016. № 1–2(127–128). S. 28–30.
13. Hushchuk I.V. Do pytan rozbudovy novoi modeli natsionalnoi systemy okhorony zdorovia. Ch. 2. Mozhlyvi napriamy reformy ta perspektyvni modeli orhanizatsii systemy okhorony zdorovia v Ukraini. *Mystetstvo likuvannia*. 2016. № 5–6(131–132). S. 38–41.
14. Saaddine J., Narayan K.M.V., Vinicor F., Loss V. A public health problem? *Ophthalmology*. 2003. Vol. 110. P. 253–255.
15. Health 2020: a European Policy Framework Supporting Action Across Government and Society for Health and Well-Being. Copenhagen : WHO, 2013. 22 p.
16. Transforming Our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development : Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. United Nations. A/RES/70/1. 35 p.
17. Liashko V., Piven N., Braha M., Ryzhkova A., Nahorna I. Rozrobka ta finansuvannia rehionalnykh i mistsevykh prohram hromadskoho zdorovia : Operatsiinyi posibnyk / Tsentr hromadskoho zdorovia MOZU. Kyiv, 2019. 62 c.
18. Hushchuk I.V. Do pytannia rozbudovy systemy hromadskoho zdorovia v Ukraini. *Materialy Parlamentskykh slukhan u Verkhovni Radi Ukrainy 16 hrudnia 2015 roku*. Kyiv : Parlamentske vydavnytstvo, 2016. S. 80–82.
19. Natsionalna stratehiia reformuvannia systemy okhorony zdorovia v Ukraini na period 2015–2020 rr. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/NT1138>
20. Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia : Zakon Ukrainy vid 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
21. Pro zabezpechennia sanitarnoho ta epidemichnoho blahopoluchchia naselennia : Zakon Ukrainy vid 24.02.1994. № 4004-XII. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>
22. Pro psykhiatrychnu dopomohu : Zakon Ukrainy vid 22.02.2000. № 1489-III URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>
23. Pro zakhyst naselennia vid infektsiinykh khvorob : Zakon Ukrainy vid 06.04.2000 № 1645-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>
24. Seniuta I. Medychne pravo: pravo liudyny na okhoronu zdorovia : monohrafiia. Lviv : Astroliabiiia, 2007. 223 s.

25. Klymenko O. Zakonodavstvo u sferi okhorony zdorovia: perspektyvy rozvytku. *Ekonomika ta derzhava*. 2012. № 5. S. 128–130.
26. Halychanskyi I. V. Yurydychna rehlamentatsiia medychnoi diialnosti v Ukraini: systemno-strukturnyi analiz. *Yurydychna Ukraina*. 2015. № 9. S. 58.
27. Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia : Zakon Ukrainy vid 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
28. Blashchuk T.V. Orhanizatsiino-pravovi formy diialnosti sub'ektiv, shcho zdiisniuiut medychne obsluhovuvannia naselennia v umovakh reformy medychnoi haluzi. *Chasopys Natsionalnoho universytetu «Ostrozka akademiia»*. Seriiia «Pravo». 2018. № 2(18) URL: <https://lj.oa.edu.ua/articles/2018/n2/18btvrmh.pdf>
29. Pro bezpeku ta yakist donorskoi krovi ta komponentiv krovi : Zakon Ukrainy vid 30.09.2020 № 931-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-20#Text>
30. Pro zastosuvannia transplantatsii anatomicznykh materialiv liudyni : Zakon Ukrainy vid 17.05.2018 № 2427-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text>
31. Pro likarski zasoby : Zakon Ukrainy vid 28.07.2022 № 2469-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-20#Text>
32. Maidanyk R. Zakonodavstvo Ukrainy u sferi okhorony zdorovia: systema i systematyzatsiia. *Medychne pravo*. 2013. № 2 (12). S. 63–74.
33. Demchenko I.S. Klasyfikatsiia zakonodavstva u sferi okhorony zdorovia. *Vcheni zapysky TNU imeni V.I. Vernadskoho*. Seriiia: yurydychni nauky. 2019. T. 30 (69) № 6. S. 7–13.

Blashchuk T. V.

*PhD (Legal Science), Associate Professor, Head of the Department of Civil Law Disciplines of the Educational and Scientific Institute of Law by I. Malynovskiy of the **National University of Ostroh Academy**, Member of the Scientific Advisory Council of the Supreme Court*
<https://orcid.org/0000-0002-0605-1920>
 tetiana.blashchuk@oa.edu.ua,

Hushchuk I. V.

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Public Health and Physical Education of the Educational and Research Institute of Social and Humanitarian Management of the **National University of Ostroh Academy***
<https://orcid.org/0000-0002-8075-9388>
 ihor.hushchuk@oa.edu.ua,

Vivsiannyk O. M.

PhD in Public Administration, Director of the Department of Civil Protection and Healthcare of Rivne Regional State Administration
<https://orcid.org/0000-0003-2441-9992>
 vvoo@ukr.net

The Health Care Code as a Legal Basis for the Reform of the National Health Care System

We have studied the existing models of organization of the health care system, their advantages and disadvantages, as well as analyzed the legal framework of the current health care model in Ukraine, and emphasized the need to implement the principle of “Health care in all state policies” in reforming the sector.

We have found that the existing legislation does not ensure systematic protection of the rights and interests of individuals in the field of health care. It needs to be systematized and improved. Therefore, within the framework of discussion on how to systematize legislation in the field of health care, it was proposed to develop and implement the Health Care Code as an act the subject regulation of which is broader than the subject regulation of the Medical Code. Its structure and content were proposed.

We have determined that the Health Care Code should consist of 4 sections, namely: General Provisions; Organization and Operation of the Health Care System, regarding proper medical care and health insurance of the population; Section 3 Organization and Operation of the Health Care System in the Field of Public Health, regarding a safe environment for human life and Section 4 Special Part.

Key words: health care, legislation, Health Care Code, Medical Code.

Стаття надійшла до редакції 05.12.2022

Прийнята до друку 28.12.2022