

Київський національний торговельно-економічний університет

Кафедра міжнародного приватного, комерційного та цивільного права

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ
ПОСЛУГ**

студентки 2 курсу 8 м групи ФМТП

спеціальності 081 «Право»

спеціалізації

«Цивільне право і процес»

Пічман Ірини Андріївни

Науковий керівник

к.ю.н.

Ільченко Ганна Олександрівна

Гарант освітньої програми,

д.ю.н.

Примак Володимир Дмитрович

Київ-2018

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗА ЗАКОНОДАВСТВОМ УКРАЇНИ.....	7
1.1. Поняття та види медичних послуг за законодавством України.....	7
1.2. Законодавство, що регулює надання медичних послуг.....	21
1.3. Суб'єкти, які надають медичні послуги.....	30
РОЗДІЛ 2. ДОГОВІР ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	41
2.1. Поняття та особливості договору про надання медичних послуг.....	41
2.2. Порядок укладення договору про надання медичних послуг.....	55
2.3. Особливості окремих видів договорів про надання медичних послуг....	64
РОЗДІЛ 3. НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: ЗАРУБІЖНИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД.....	74
3.1. Зарубіжний досвід регулювання надання медичних послуг.....	74
3.2. Проблеми правового регулювання надання медичних послуг в Україні.....	83
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ.....	97
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	102

ВСТУП

Актуальність дослідження. У всьому світі широко обговорюється питання про те, що бурхливий розвиток медичної науки і техніки не тільки обумовлює нові успіхи і надії, але й змушує перебудовувати систему медичної допомоги населенню, переглянути деякі норми не тільки лікарської тактики, але й етичні і деонтологічні засади. Деякі економісти розмірковують про те, що в наш час змінюється зміст навіть такого основоположного поняття, як гуманізм медицини, що його слід замінити раціоналізмом. На сьогоднішній день відбувається активне реформування медичної сфери. Медичною реформою створюються передумови для розширення мережі приватних медичних закладів, надання послуг лікарями приватної практики. Разом з цим, на сьогоднішній день нормативна база в досліджуваній сфері залишається суперечливою, відсутні нормативні визначення ключових термінів тощо.

Основними трендами політики будь-якої держави в сфері охорони здоров'я у сучасному суспільстві є зниження державних витрат на охорону здоров'я, стимулювання громадян до збереження і зміцнення власного здоров'я за умови дотримання прав громадян на якісну, своєчасну, адекватну і кваліфіковану медичну допомогу.

Послуги в сфері охорони здоров'я в Україні носять переважно публічний характер, і в першу чергу це пов'язано з тим, що охорона здоров'я громадян є однією з основних конституційних функцій держави. У змінених соціально-економічних умовах поняття «медична допомога» поступилося місцем поняттю «медична послуга».

На сьогоднішній день відбувається повномасштабне реформування системи охорони здоров'я в Україні, впроваджуються нові механізми і стандарти надання медичних послуг та медичної допомоги, що актуалізує наукові дослідження в даному напрямку.

Мета та завдання. Автор випускної кваліфікаційної роботи ставив за мету визначення проблемних питань правового регулювання надання медичних послуг в Україні та формулювання теоретичних висновків з окресленої проблематики.

У відповідності до зазначеної мети було сформульовано наступні **завдання** даної роботи:

- визначити сутність та види медичних послуг;
- охарактеризувати законодавство, що регулює надання медичних послуг;
- визначити суб'єктів надання медичних послуг;
- дослідити сутність та особливості договору про надання медичних послуг;
- охарактеризувати особливості процедури укладання договору про надання медичних послуг;
- окреслити особливості окремих видів договорів про надання медичних послуг;
- дослідити зарубіжний досвід надання медичних послуг;
- визначити основні проблеми правового регулювання надання медичних послуг за законодавством України.

Об'єктом дослідження виступають суспільні відносини, що складаються в сфері надання медичних послуг в Україні.

Предметом – цивільно-правове регулювання надання медичних послуг за законодавством України.

Науково-теоретична основа роботи. Питання сутності медичних послуг, їх ознак та змісту досліджували такі автори, як І.В. Венедиктова, А.А. Герц, Т.М. Камінська, Є.В. Ковалевська, О.С. Мостовенко, В.М. Пашков, А.А. Романова, В.О. Савченко, Сенюта І.Я., О.В. Чехун, та інші. Одночасно з цим, значна кількість питань теоретичного характеру залишаються дискусійними, а відтак, реформування системи надання медичних послуг позбавлене належного наукового ґрунту. Окрім того, на сьогоднішній день практично відсутні наукові дослідження, що враховують зміни, які запроваджуються медичною реформою в Україні.

Методологічна основа. Дослідження базується на застосуванні загальних принципів наукового пізнання (об'єктивності, всебічності, повноти дослідження) і загальнонаукових методів пізнання (аналіз, синтез, дедукція та ін.), систем способів і прийомів вивчення правових явищ. У ході дослідження застосовано спеціальні і приватно-наукові методи (порівняльно-правовий, формально-юридичний). При дослідженні питань, що знаходяться на стику галузевих юридичних наук, використаний міждисциплінарний підхід.

Діалектичний метод використовувався при формулюванні понять, що стосуються предмета дослідження; метод синтезу та аналізу використовувалися для комплексного дослідження поглядів у сучасній правовій доктрині щодо змісту і особливостей надання медичних послуг і їх правового регулювання; формально-юридичний використовувався при аналізі змісту актів чинного законодавства та практики його застосування; загальнонаукові методи аналізу, синтезу та дедукції використано для комплексного дослідження наукових поглядів та специфіки правового регулювання надання медичних послуг; за допомогою порівняльно-правового методу було досліджено специфіку правового регулювання досліджуваних правовідносин в зарубіжних країнах.

Наукова новизна дослідження полягає в комплексному дослідженні основних засад правового регулювання надання медичних послуг, визначенні прогалин і недоліків правового регулювання їх надання, а також наведенні пропозицій щодо удосконалення українського законодавства надання медичних послуг в Україні, зокрема щодо визначення медичної послуги, як категорії цивільного права, регулювання договорів надання медичних послуг в межах ЦК України, проблематики визнання договору про надання медичних послуг публічним договором.

Апробація результатів дослідження випускної кваліфікаційної роботи викладена у статті «Поняття та ознаки медичних послуг за законодавством України», що опублікована у збірнику наукових статей «Правове забезпечення підприємницької діяльності» : зб. наук. стат. студ. заоч. форми навч. / відп. ред.

О. О. Бакалінська, О. М. Гончаренко, О. С. Можайкіна, О. О. Посикалюк. — Київ : Київ. нац. торг.-екон. ут. - т, 2018. — Ч. 1. — с. 307-311

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що їх зміст у багатьох аспектах доповнює наукові значення сутності, трансформації та сучасного розумінні медичних послуг. Зібраний матеріал і узагальнення можуть бути використані для підготовки наукових праць, лекційних занять та спецкурсів у вищих навчальних закладах.

Структура випускної кваліфікаційної роботи обумовлена метою і предметом дослідження та авторським підходом до розгляду обраної теми. Випускна кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, які включають в себе вісім підрозділів, висновків та пропозицій, списку використаних джерел. Повний обсяг роботи становить 118 сторінок, із яких основна частина роботи займає 99 сторінок. Список використаних джерел складається з 146 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗА ЗАКОНОДАВСТВОМ УКРАЇНИ

1.1. Поняття та види медичних послуг за законодавством України

Здоров'я української нації є найбільшою цінністю суспільства, адже саме результати роботи працездатного населення значною мірою впливають на процеси економічного, соціального і культурного розвитку країни. Сучасний стан охорони здоров'я в Україні характеризується застарілою матеріально-технічною базою, мізерним рівнем фінансування і, як результат, невисокою якістю обслуговування у сфері надання медичної допомоги.

На сьогоднішній день в Україні відбувається масштабна реформа системи охорони здоров'я, якою кардинально та системно змінюються підходи до побудови та функціонування системи охорони здоров'я, механізмів її фінансування, визначення сутності медичної допомоги, медичної послуги та медичного обслуговування, вводиться нове для української практики поняття рівнів медичної допомоги тощо.

Враховуючи, що послуги, які надаються у сфері охорони здоров'я, безпосередньо пов'язані з життям і здоров'ям людини, дана сфера діяльності найбільш жорстко регулюється державою. До 1991 року в СРСР охороною здоров'я керувала виключно держава, фінансування здійснювалося за рахунок державних доходів, в рамках державних планів соціального і економічного розвитку. Практично всі медичні працівники перебували на службі у держави, яка виплачувала заробітну плату і забезпечувала фінансування медичних установ. Міністерство охорони здоров'я під жорстким контролем партійного керівництва випускало обов'язкові нормативи щодо медичних установ і персоналу. Після розпаду СРСР одночасно з децентралізацією влади відбулася і децентралізація системи охорони здоров'я. Традиційні інститути руйнувалися, змінювалися джерела фінансування, з'явилася система медичного страхування. Відповідно,

стали формуватися нові економічні відносини, в яких пацієнт виступає не тільки як хворий, але і, як споживач медичних послуг.

Право на медичну допомогу і охорону здоров'я є базовим в системі соціальних прав людини. Здоров'я населення в цілому і кожної людини зокрема має визначальне значення для існування і розвитку держави. Сфера охорони здоров'я являє собою складний комплекс суспільних відносин — медичних, фінансових, управлінських, організаційних, які регулюються різними галузями законодавства — конституційним, адміністративним, господарським, кримінальним тощо.

Відповідно до ст. 8 Європейської хартії прав пацієнтів кожен має право на доступність якісного медичного обслуговування на основі специфікації і в точній відповідності до стандартів [2].

Згідно з ч. 1 ст. 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [1].

Фізична особа має право на надання їй медичної допомоги (ч. 1 ст. 284 Цивільного кодексу України(далі – ЦК України) [4].

Згідно з п. «д» ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 34, п. «а» ч. 1 ст. 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я (далі – Основи) кожний громадянин України має право на кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я. Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта [5].

При цьому ані положеннями ЦК України, ані іншими нормативно-правовими актами не визначаються специфіка та вимоги до договору про надання медичних послуг. Законодавство оперує категорією «стандарти» та «протоколи» надання медичної допомоги, але на сьогоднішній день ці стандарти є застарілими, щодо окремих видів медичної допомоги взагалі відсутні.

Окрему проблему становить визначення сутності медичної послуги. На нормативному рівні поняття медичної послуги визначено в ст. 3 Основ. Так, відповідно до положень зазначеного нормативно-правового акту, послуга з

медичного обслуговування населення (медична послуга) — послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою- підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт [5].

Так, ключовим недоліком даного визначення є те, що в ньому відсутнє визначення змісту медичної послуги, сфери її використання. Так, не виключено надання закладом охорони здоров'я або фізичною особою- підприємцем послуг, що за своєю природою не належать до медичних, наприклад, послуг фізичного комфорту (гігієнічний, профілактичний масаж), освітніх послуг (проведення на базі закладу охорони здоров'я навчальних семінарів та практикумів щодо застосування методів лікування) тощо. Також некоректним вважаємо визначення змісту медичної послуги через поняття «пацієнта», оскільки даний суб'єкт визначається цим же документом, як фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога. Тобто, додатково постає питання розмежування медичних послуг та медичної допомоги.

Окремі науковці сприймають ці терміни як тотожні. Так, В. Пашков зауважує, що медична допомога – це, передусім, комплекс медичних послуг або окрема медична послуга, яка включає в себе не лише діагностичні та лікувальні заходи, визначені залежно від медичних показань на підставі клінічних протоколів і стандартів, а й розміщення пацієнтів у лікарняному закладі чи в його структурному підрозділі для надання лікувально-профілактичних послуг, з подальшим забезпеченням пацієнтів білизною, продуктами харчування, лікарськими засобами та виробами медичного призначення, засобами гігієни та діагностики тощо, а тому пропонує вважати поняття «медична допомога» і «медична послуга» тотожними, хоча і визнає, що перше з них дещо ширше за обсягом [94, с. 99].

Дискусійним є питання застосування терміну «медичні послуги» щодо клінічної медицини. Так, в радянські часи існувала позиція, відповідно до якої медичні працівники, говорячи про клінічну медицину, не відносили свою професійну діяльність до надання послуг [36, с. 36]. Основна причина такої позиції, на наш погляд, полягає в терміні «послуга», який асоціюється зі сферою комерційної діяльності, пов'язаної з систематичним отриманням прибутку.

На сьогоднішній день, більшість авторів пропонують розмежовувати поняття медичної послуги та медичної допомоги. Так, І. В. Венедиктова вважає, що медична допомога не є медичною послугою, оскільки передбачає надання допомоги без вільного волевиявлення як правочинних, так і зобов'язаних осіб [120, с. 309 – 319].

Важливо те, що поняття допомоги (в тому числі медичної) – категорія не економічна і, відповідно, не ринкова. Визначальним тут є соціальний аспект. Відповідно, медична діяльність, як та частина медичної допомоги, яка надається на професійному рівні, також не передбачає обов'язкову наявність економічних відносин. З одного боку, очевидно, що медичні послуги мають важливу особливість (як, наприклад, освітні послуги) в частині того, що споживання послуги, як правило, вимагає певних зусиль з боку споживача. Як мінімум, мова може йти про необхідність виконувати такого роду вимоги, як певний режим дня і харчування.

Відповідно, пацієнт, як об'єкт медичного впливу, характеризується значною активністю, причому ця активність може бути спрямована як на благо йому, так і на шкоду. Іншими словами, при медичному впливі неузгодженість у взаємодії надавача і споживача послуги може виникнути за ініціативою (або в силу особливостей) споживача. Саме тому в необхідних випадках свідомо активність пацієнта може відключатися за допомогою наркозу, гіпнозу тощо. Сумнівно, що в таких випадках є у наявності узгоджений процес взаємодії (хоча наявність активної зв'язку «лікар-пацієнт» заперечувати неможливо).

З іншого боку, причина неузгодженості у взаємодії може виходити від надавача медичної послуги і критися в протиріччях економічної, медичної та соціальної ефективності, які визначаються стосовно охорони здоров'я.

Медична допомога – це комплекс заходів (включаючи медичні послуги, організаційно-технічні заходи, санітарно-протиепідемічні заходи, лікарське забезпечення і ін.), спрямованих на задоволення потреб населення у збереженні та відновленні здоров'я [109, с. 40].

У зміст поняття «медична допомога» можна включити професійну медичну допомогу та непрофесійну медичну допомогу.

Професійну медичну допомогу можна вважати комплексом дій та заходів, що спрямовані на задоволення потреб населення у збереженні та відновленні здоров'я, та здійснюються медичними установами або лікарями, що здійснюють професійну діяльність поза закладом охорони здоров'я на підставі одержаної у встановленому порядку ліцензії.

До непрофесійної медичної допомоги, на думку Рожкової Є.В., відноситься наступне:

- діяльність матерів по самостійному лікуванню своїх малолітніх дітей від таких поширених захворювань, як простудні, або від незначних травм;
- діяльність дорослих дітей, самостійно здійснюють догляд за хронічно хворими літніми батьками (ін'єкції, перев'язки та інші медичні маніпуляції);
- діяльність осіб з надання первинної медичної допомоги постраждалим у природних чи техногенних катастрофах, при епідеміях, або в інших випадках, коли медики-професіонали в силу обставин не можуть надати таку допомогу;
- діяльність осіб, які в силу своїх релігійних чи інших переконань самостійно здійснюють догляд за хворими, надають психологічну допомогу чи здійснюють інші дії, пов'язані з лікуванням і реабілітацією хворих [109, с. 41].

Медичні послуги – це такий вид корисної діяльності, який не створює матеріальних цінностей, вони, як правило, не приводять до володіння чим-небудь. Елементом товару в медичній послугі може бути виписка з історії хвороби, дані медичного обстеження, рецепт лікаря і т. д. Але елемент товару в послугі все-таки

не можна розглядати як товар в повному сенсі цього слова, тому що елемент товару в послугі невіддільний від неї і самостійної цінності, як правило, не має.

Окремі автори, зокрема Ю.А. Тихомиров, зазначають, що «медична послуга» на відміну від «медичної допомоги» є перш за все економічною категорією. Послуга як економіко-правова категорія підпорядковується правилам ринку. Кон'юнктура ринку зумовлює його змінність. Медична допомога має незмінну основу, недоступну законами ринку або владним установами: вона підпорядковується тільки правилам медицини і уявленням про мораль, що склалися в суспільстві. При цьому економіко-правовим виразом медичної допомоги є саме медична послуга як засіб економічного обороту у сфері охорони здоров'я. Таким чином, при наданні медичної допомоги об'єктом-метою є здоров'я, а об'єктом-засобом – медична послуга [122, с. 191 – 192]

Медична послуга є об'єктом економічного обігу. Здоров'я як об'єкт в обороті не знаходиться. У зв'язку з цим виникає питання, як співвідноситься правове забезпечення категорії здоров'я (об'єкта-цілі) та категорії медичної послуги (об'єкта-засобу). Послуга є категорією матеріальних благ, і правове забезпечення послуги полягає в регулюванні їх обороту, а категорія здоров'я не представляє собою матеріального блага і не перебуває в обороті, а тому регулюванням або захистом є насамперед правове забезпечення здоров'я. Для законодавця збереження, підтримання та відновлення здоров'я людини забезпечуються різними заходами, однією з яких є заходи медичного характеру, реалізація яких здійснюється у процесі виникаючих правовідносин між медичною організацією (лікарем) і споживачем послуг (пацієнтом).

Якщо використовувати поняття медичної діяльності, під якою розуміється надання професійної медичної допомоги, то медичною послугою, на нашу думку, слід вважати ту частину медичної діяльності, яка передбачає узгоджений та заснований на договірних засадах процес взаємодії суб'єкта надання послуги та клієнта (пацієнта).

Саме таке трактування дозволяє зрозуміти, за яких умов медичну допомогу в рамках медичної діяльності можна вважати медичною послугою. Основних умов три:

1. Професійний характер медичної послуги. Тільки дії кваліфікованого спеціаліста, який надає медичну допомогу, можна відносити до послуг.

2. Взаємна згода продавця і покупця послуги. При даному обмеженні ті ситуації, де медику доводиться діяти, не чекаючи згоди на надання допомоги, не можна віднести до медичної послуги. Причому покупець послуги, згода якого вимагається, може не бути її споживачем/ об'єктом (якщо мова йде про медичну допомогу дітям або особам з психічними розладами).

3. Відплатність надання послуги. Звернемо увагу, що мова не йде про «платну» і «безкоштовну» медицину. Як зазначалося раніше, будь-яка професійна медична допомога надається на платній основі. Але в певних випадках така допомога може надаватися безоплатно, в силу наявності соціальної відповідальності медика.

Особливо відзначимо, що слід розрізняти медичну послугу і медичне обслуговування. Сфера обслуговування — це та частина сфери послуг, яка характеризується систематичною діяльністю по зміні та підтриманні характеристик об'єкта послуг у заданому стані тривалий період часу. Відповідно, медичне обслуговування передбачає комплекс послуг як одиниць діяльності (дій), має відносно стійку форму організації.

Вимоги щодо якості медичної послуги повинні співвідноситися з товарними характеристиками надання. Якщо при наданні медичних послуг такими є бренд, сервіс, ресурси, які визначають ціну послуг, то і вимоги щодо якості відносяться саме до цих товарних складових медичної послуги, саме ці складові повинні бути підпорядковані цілям відповідно до яких укладається договір про надання відповідних послуг. Такими договорами визначається рівень споживчої цінності медичної послуги, який дорівнює величині її оплати.

Цінність медичної допомоги має зовсім іншу природу — соціальну, яка виражається не в величині оплати медичної послуги, а в значущості для

суспільства збереженого здоров'я окремих його членів. Це питання соціальної значущості медичної професії, довіри суспільства до медицини в цілому. Безумовно, соціальна цінність медичної професії має і економічне вираження — через величину економічного обороту в галузі співвідношенні доходів суб'єктів медичної діяльності та їх збитків від відшкодування (компенсації) шкоди потерпілим.

Рівень соціальної цінності медичної допомоги не тотожний якості медичної послуги і не порівнянний з ним. Відповідно, міра оцінки якості медичної послуги не застосовується до оцінки рівня медичної допомоги, і навпаки.

Споживча цінність медичної послуги і соціальна цінність медичної допомоги мають різницю ще й у тому, що перша — відтворюється для багатьох інших, які отримують такі ж послуги; друга — індивідуальна для кожного, хоча і стосується в цілому громадського здоров'я.

Саме тому щодо медичної послуги доцільно оперувати такою категорією, як «корисність». Корисність блага або товару — це його здатність задовольняти яку-небудь людську потребу. Проблема вимірювання суб'єктивної корисності у тому, що у кожної людини може бути своя оцінка корисності, яка суттєво відрізняється від загальноприйнятої.

Корисність блага тим вище, чим більшій кількості споживачів воно служить, чим поширеніші ці потреби і чим краще і повніше відповідне благо їх задовольняє. Корисність є необхідною умовою для того, щоб медична послуга мала мінову цінність, споживчу вартість як основу кількісних співвідношень при еквівалентному товарообміні.

Корисність медичної послуги для споживача піддається порівнянню. Можна зіставити рівень сервісу у різних надавачів однієї і тієї ж медичної послуги, оснащеності, підготовленості персоналу, популярності тощо. Споживач може зрозуміти, чим в частині обслуговування він поступається, якщо отримає медичні послуги у віддаленій районній лікарні або у великому столичному спеціалізованому Центрі, хоча рівень медичної допомоги може бути однаковим.

Закон України «Про захист прав споживачів» у п. 17 ч. 1 ст. 1 визначає послугу як діяльність виконавця з надання (передачі) споживачеві певного визначеного договором матеріального чи нематеріального блага, що здійснюється за індивідуальним замовленням споживача для задоволення його особистих потреб [9]. Загальне визначення послуги можна застосувати до визначення медичної послуги з урахуванням специфіки медичної послуги – спрямованості на досягнення корисного для пацієнта результату. Іншою особливістю надання медичних послуг є неможливість забезпечити стовідсоткову гарантію досягнення результатів медичної послуги.

Відповідно до визначення, наданого А. А. Герц, медична послуга – це визначена договором або законом дія чи комплекс дій медичної установи (лікаря) – послугодавців, спрямована на діагностику, лікування або профілактику лікування захворювання, які є самостійним виокремленим об'єктом і мають вартісну оцінку. Змістом відносин з приводу надання медичних послуг є юридичні права та обов'язки, які охоплюються предметом приватноправового регулювання [51, с. 13].

О.В. Чехун виділяє наступні ознаки медичної послуги, як специфічного виду медичної допомоги:

1. Медична послуга — це діяльність (сукупність дій), яку можуть здійснювати не всі особи. До виконавця таких послуг законом пред'являються підвищені вимоги до кваліфікації. Саме це є основою для видачі ліцензії на здійснення діяльності суб'єкту господарювання. Отже, «медична послуга» – професійна діяльність чи сукупність професійних дій.

2. Діяльність повинна здійснюватися для досягнення певної мети. Пацієнт (замовник), звертаючись до лікаря, має на меті усунення певних психофізіологічних негативних проявів свого організму (третьої особи). Медична діяльність базується на «об'єктивній потребі людей у збереженні та відтворенні свого тілесного існування».

3. За загальним правилом медична послуга не має матеріального результату. У той же час вона може бути поєднана зі створенням матеріального компонента

(наприклад, накладання ортезу). Але останній не являє собою самостійну матеріальну цінність, а входить як складова до способу лікування. Для розуміння медичних послуг як суто нематеріальних необхідно виходити з їх мети, якою завжди виступає саме процес лікування, хірургічного втручання тощо. Корисний ефект медичної послуги завжди має нематеріальний характер і споживається в процесі її надання. Зазначене дає підставу твердити, що особливість медичної послуги полягає в тому, що її метою завжди виступає вплив на здоров'я пацієнта який носить нематеріальний характер, але обов'язково тягне за собою матеріальні зміни в організмі людини.

4. Як правило, результат послуги не може бути гарантований виконавцем. Це пояснюється двома чинниками: по-перше, медична послуга являє собою не односторонні дії виконавця, а також зустрічні дії з боку пацієнта; а по-друге, необхідно враховувати індивідуальні особливості кожного людського організму. Проте специфіка правового регулювання медичних послуг зумовлена тим, що досягнення реального результату має певне юридичне значення. Вказівка на об'єктивну можливість досягнення результату повинна включатися в поняття медичної послуги, що має практичне значення при вирішенні питання про належне чи неналежне здійснення виконавцем своїх обов'язків.

5. Медична послуга, будучи об'єктом цивільних прав, має визначену вартість, тому її надання супроводжується еквівалентним обов'язком з її оплати [132, с. 214]. При цьому, не виключається і надання безоплатних медичних послуг (наприклад, діагностика окремих видів захворювань, що здійснюється в порядку благодійності).

На думку В.О. Савченко, медичні послуги характеризуються наступними характерними ознаками:

- 1) надаються лише спеціальними суб'єктами правовідносин;
- 2) мають публічний характер;
- 3) реалізуються і споживаються в процесі здійснення медичної діяльності;

4) як правило, не мають матеріального результату. Проте деякі послуги можуть мати матеріальний результат, який невіддільний від самої дії чи діяльності (найчастіше це зустрічається у пластичній хірургії та стоматології);

5) направлена на покращення здоров'я пацієнта, або задоволення його медико-естетичних потреб [110, с. 104].

О.С. Мостовенко вказує на наступні ознаки медичних послуг:

- 1) особливий суб'єктний склад – споживачем може бути тільки фізична особа;
- 2) специфіка послугодавця;
- 3) неможливість порівнювати й оцінювати послугу до її надання, зважаючи на те, що така послуга не існує до її отримання;
- 4) професійний ризик;
- 5) недостатність інформації про набір послуг, які необхідні споживачу;
- 6) відсутність стандартизації;
- 7) підвищені вимоги до надавача послуг, встановлені державою;
- 8) висока відповідальність і водночас відсутність механізму притягнення до неї виконавця послуг [90, с. 57].

Вважаємо, що ключовим для визначення медичної послуги є її договірний характер. Так, якщо медична допомога може надаватися без волевиявлення пацієнта (наприклад, невідкладна медична допомога в разі загрози життю, що надається непритомному потерпілому на місці аварії), то послуга завжди базується на договорі, що укладається двома суб'єктами – закладом охорони здоров'я – з одного боку, і пацієнтом або його представниками – з іншого.

У цілому поняття медичної послуги впливає із загального визначення послуг, але при цьому носить специфічний характер, викликаний особливою роллю медицини в житті соціуму. Крім того, охорона здоров'я, яке раніше була практично виключена зі сфери товарно-грошових відносин, тепер активно входить в неї, приводячи до комерціалізації медицини.

Змістом медичної послуги, як і інших видів послуг, є дії. Так само, як і в інших видах послуг, речовою формою не володіють ні дії, ні результат, що

становлять медичну послугу. Але на відміну від інших послуг змістом медичної послуги є сукупність професійних дій щодо забезпечення здоров'я людини.

Медичні послуги можна охарактеризувати як зазвичай відплатну діяльність виконавця щодо здоров'я замовника, яка включає в себе медичну допомогу, та характеризується не тільки купівельними грошовими ризиками, але і фізичними ризиками.

В юридичній науці медичні послуги класифікуються за різними критеріями.

Так, автори «Популярної юридичної енциклопедії» пропонують наступні критерії класифікації медичних послуг:

1. За складністю медичні послуги поділяють на прості та складні (складаються з кількох простих або таких, у здійсненні яких задіяно кілька виконавців);
2. За виконавцями — це лікарські (надаються лікарями) і сестринські (надаються середніми медичними працівниками, медичними сестрами, які здійснюють догляд за хворими тощо);
3. За призначенням — на лікувальні, діагностичні, реабілітаційні, соціальні;
4. За місцем проведення — на амбулаторні; стаціонарні, такі, що надаються на дому;
5. За матеріальним відшкодуванням — на безоплатні (безкоштовні), частково оплачувані, платні [54, с. 235].

В цілому з такою класифікацією можна погодитись, однак останній критерій видається таким, що сформульований некоректно. Так, факт безоплатності послуги для пацієнта не свідчить про те, що така послуга є безоплатною взагалі (тобто, що надавач послуги не отримує відповідної оплати за її надання). Разом з цим, в окремих виключних випадках, надання послуг може здійснюватися і без такої оплати (наприклад, в порядку благодійності). З огляду на зазначене, критерій оплатності слід уточнити. Вважаємо більш коректним запропонувати класифікувати медичні послуги за суб'єктом оплати, і, відповідно, виділяти за цим критерієм безкоштовні послуги (які надаються без сплати надавачу послуг

винагороди взагалі); послуги, що надаються за рахунок пацієнта; послуги, що надаються за рахунок державного чи місцевого бюджетів; послуги, що надаються на умовах співфінансування.

Згідно даних робіт деяких вчених, зокрема К.В. Павлюк, О.В. Чехун, медична практика в цілому включає такі види медичних послуг:

1. консультаційні послуги та лікування, що надається лікарями всіх спеціальностей в лікувальних установах (амбулаторіях) і в умовах приватної практики;
2. діагностичні послуги,
3. проведення аналізів;
4. послуги приватних консультантів;
5. послуги швидкої та невідкладної медичної допомоги;
6. послуги санаторно-курортних організацій;
7. послуги інших лікувальних установ для відновлення здоров'я людини [93, с. 64 – 82; 132, с. 213 – 216].

Там же зазначається, що медичні послуги можуть бути короткострокові та довгострокові.

С.Ф. Марова та С.М. Вовк пропонують додатково класифікувати медичні послуги за такими критеріями, як:

1. За видами медичної практики: консультації; діагностика; лікувальна справа.
2. За кількістю учасників, зайнятих у наданні послуги одноосібні; групові.
3. За характером економічних відносин: послуги державних установ; послуги комунальних установ; послуги установ приватного сектору [89].

Також вказані автори застосовують і згадані вище критерії класифікації, а саме – за місцем виконання; за складністю; за часом виконання [89].

Окремі переліки медичних послуг містяться і в нормативно правових актах, зокрема Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони

здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» від 17 вересня 1996 р. № 1138 [20] затверджено перелік платних послуг, що можуть надаватись державними та комунальними закладами охорони здоров'я, а наказом МОЗ «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 №504 [26] визначено перелік послуг, що безкоштовно надаються на рівні первинної медичної допомоги.

Таким чином, медична послуга є однією з різновидів послуг, сферою застосування якої є ті суспільні відносини, в яких громадяни для задоволення своїх потреб, що визначаються станом їх здоров'я, отримують особливу споживчу вартість у вигляді спеціалізованої медичної діяльності медичної організації або окремого фахівця в галузі медицини. Медичні послуги призначені для особистого споживання громадян, оскільки, як правило, вони не переносяться на собівартість предмета впливу. Пацієнт (або споживач), використовуючи медичну послугу для цілей особистого споживання, виступає їх кінцевим споживачем, як би виводячи даний вид послуги з комерційного обігу у сферу безпосереднього власного споживання, що пояснює неповторність і унікальність правовідносини надавач-пацієнт.

Таким чином, можна зробити наступні висновки. Визначення медичної послуги, наведене в Основах законодавства України про охорону здоров'я не можна назвати коректним, оскільки дане визначення не містить характеристики змісту послуги, акцентуючи увагу лише на суб'єктах її надання, а також вказує, що така послуга оплачується замовником, що не відповідає сучасним реаліям. З огляду на зазначене, відповідний абзац ч. 1 ст. 3 Основ доцільно викласти в наступній редакції: «медична послуга – це дія чи комплекс дій, що надаються пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою-підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, на підставі укладеного між ними договору, та спрямовується на діагностику, лікування або профілактику лікування захворювання».

Окрім того, видається доцільним нормативне закріплення основ правового регулювання договорів про надання медичних послуг на рівні ЦК України, або спеціального галузевого законодавства, а також затвердження стандартів та протоколів надання медичних послуг в Україні з урахуванням розвитку медичної практики, оскільки на сьогоднішній день певні сфери залишаються фактично поза межами правового визначення та регулювання (зокрема послуги пластичної хірургії, медичної та фізіотерапевтичної реабілітації, тощо).

1.2. Законодавство, що регулює надання медичних послуг

Тривалий час у нашій державі була відсутня реальна правова регламентація медичної діяльності. Законодавство про охорону здоров'я носило декларативний характер, а правила надання медичної допомоги містилися у відомчих актах, які не підлягали публікації. Наслідки цього сьогодні загальновідомі – пацієнти були цілком безправні, а лікарі, вірогідно, не уявляли коло своїх прав та обов'язків, межі, за якою настає правова відповідальність [119, с. 297].

Юридична наука і практика не мають значного досвіду взаємодії зі сферою охорони здоров'я. Відомо, що до 90-х років минулого століття правове регулювання медичної діяльності в основному торкалось двох аспектів – незаконної лікарської практики та лікарської помилки. Розвиток в Україні ринку лікарських послуг по-новому ставить питання про місце і роль медицини у житті суспільства. Це змушує шукати нові системні підходи до проблеми юридичного забезпечення медичної діяльності [47, с. 38]. На сьогоднішній день проводиться медична реформа, що зумовлює докорінну перебудову системи надання медичних послуг в Україні та нормативної бази в цій сфері, однак реформа ще не завершена, а нормативно-правова база повністю не адаптована під цілі цієї реформи.

Оскільки система медичного права – це результат об'єктивно існуючих суспільних відносин у сфері надання медичної допомоги, а система законодавства – результат діяльності законодавця (суб'єктів правотворчої діяльності), сьогодні доцільно говорити про вплив системи медичного права на формування медичного

законодавства. На думку О.Є. Вашева, наявність системи медичного права визначає формування системи медичного законодавства, тобто зовнішнього закріплення норм медичного права [46, с. 200]. Систему медичного законодавства складають:

1. Міжнародні договори, згоду на обов'язковість яких надано Верховною Радою України;
2. Конституційне законодавство;
3. Загальне законодавство про охорону здоров'я населення;
4. Галузеве законодавство, що включає правові норми, які регулюють суспільні відносини, учасниками яких являються медичні працівники та пацієнти [46, с. 201].

Як зазначає Р.А. Майданник, згідно з ієрархією системи нормативних актів, систему законодавства в сфері охорони здоров'я становлять п'ять груп (рівнів) нормативно-правових актів:

- 1) Конституція України (ст. 49 – право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування);
- 2) галузеві кодекси, які містять загальні норми, що застосовуються в медичній сфері – Цивільний кодекс України, Кримінальний кодекс України (далі за текстом – КК України), Кодекс про адміністративні правопорушення (далі за текстом – КУпАП), Кодекс законів про працю (далі за текстом – КЗпП України);
- 3) Основи законодавства України про охорону здоров'я як основний (базовий) спеціальний закон у цій сфері;
- 4) спеціальні закони, що регулюють окремі сфери медичної діяльності (донорство, психічна допомога, окремі інфекційні захворювання тощо);
- 5) акти центральних і місцевих органів державної виконавчої влади (укази та розпорядження Президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, накази і розпорядження Міністерства охорони здоров'я України, нормативно-правові акти інших органів влади) [87, с. 63 – 74].

Права людини у сфері охорони здоров'я охороняються Конституцією України, ст. 49 якої визначає, що кожний має право на охорону здоров'я, медичну

допомогу та медичне страхування. На конституційному рівні передбачено гарантію цього права, яка полягає в безоплатному наданні медичної допомоги державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

Цивільно-правові засади регулювання прав людини в сфері охорони здоров'я визначено ст. 281–287 Цивільного кодексу України, норми якого визначають основні особисті немайнові права людини в сфері охорони здоров'я (ст. 281 «право на життя», ст. 282 «право на усунення небезпеки, яка загрожує життю та здоров'ю», ст. 283 «право на охорону здоров'я», ст. 284 «право на медичну допомогу», ст. 285 «право на інформацію про стан свого здоров'я», ст. 286 «право на таємницю про стан здоров'я», ст. 287 «права фізичної особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я») [4].

Цивільно-правові засади регулювання права на медичне страхування як вид добровільного страхування окреслено у ст. 6 Закону України «Про страхування» [14]. Окремі аспекти захисту прав споживачів медичних послуг врегульовано в Законі України «Про захист прав споживачів» [9] — даним законом не врегульовано особливості надання послуг саме в медичній сфері, однак визначаються загальні права та обов'язки споживачів, гарантії їх прав, що, з врахуванням певних особливостей, застосовуються і при наданні медичних послуг.

Кримінально-правова охорона в сфері охорони здоров'я здійснюється на підставі положень ст. 139, 140, 145, 184 Кримінального кодексу України, які визначають склади злочинів проти життя та здоров'я особи, особистих прав громадянина (ст. 139 «Ненадання допомоги хворому медичним працівником», ст. 140 «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником», ст. 145 «Незаконне розголошення лікарської таємниці», ст. 184 «Порушення права на безоплатну медичну допомогу») [3].

Окремі положення, що регламентують механізми надання медичних послуг містяться і в інших кодексах (зокрема, окремі аспекти адміністративної відповідальності в медичній сфері врегульовано КУпАП, питання трудових відносин медичних працівників та закладів охорони здоров'я КЗпП України,

особливості функціонування закладів охорони здоров'я, як суб'єктів господарювання – ГК України).

Основним (базовим) спеціальним законодавчим актом в Україні в цій сфері є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р., який визначає правові основи організації охорони здоров'я, забезпечення здорових і безпечних умов життя, лікувально-профілактичної допомоги [5].

Деякі напрями охорони здоров'я регулюються спеціальними законами (з питань донорства, психічної допомоги, окремих інфекційних і неінфекційних захворювань тощо). До таких, зокрема, належать Закони України «Про донорство крові та її компонентів» [7], «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [8], «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» [10], «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [12], «Про психіатричну допомогу» [13], «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» [15], «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» [16] тощо.

Окремі організаційні аспекти також визначаються підзаконними нормативно-правовими актами, зокрема указами Президента України (наприклад, «Про додаткові заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 27.01.2010 № 70/2010 [22]), постановами Кабінету Міністрів України (наприклад, «Про забезпечення доступності лікарських засобів» від 17.03.2017 № 152 [18]), тощо.

У сфері регулювання відносин щодо охорони громадського здоров'я поряд із законодавчими актами діє значна кількість медичних правил і норм, які прийняті органами управління охороною здоров'я – Міністерством охорони здоров'я (далі за текстом – МОЗ України), які за своєю суттю і змістом є підзаконними нормативно-правовими актами. Їх розробка і затвердження покладені на вказані органи і, зокрема, на спеціально уповноважений у цій сфері відносин центральний орган виконавчої влади – МОЗ України (наприклад, Наказ МОЗ від 19.03.2018 №

503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [27]).

За роки незалежності було прийнято безліч законів та нормативно-правових актів у галузі охорони здоров'я. Але і до цього часу відчувається недостатність правового регулювання сфери надання медичної допомоги.

Проблема вдосконалення законодавчого забезпечення охорони здоров'я стає в Україні дедалі гострішою і потребує рішучих дій у цьому напрямку. З огляду на значний обсяг і складну структуру законодавства в сфері охорони здоров'я, визначальним чинником ефективності нормативного регулювання є питання систематизації законодавства цій сфері. Як один з можливих способів такої систематизації в літературі активно обговорюється можливість створення базового документа – Медичного кодексу України, покликаного комплексно врегулювати усі аспекти охорони здоров'я, у тому числі надання медичної допомоги і медичних послуг.

Прихильники такого підходу (О.В. Любінець, А.А. Романова, І.Я. Сенюта тощо) вважають кодифікацію законодавства в галузі охорони здоров'я шляхом прийняття Медичного кодексу і побудування на його основі спеціальних законів одним із можливих способів виходу із правової кризи, в якій опинилася система охорони здоров'я України [86, с. 8].

Так, на думку А. Романової, одним з пріоритетних шляхів удосконалення законодавства про охорону здоров'я в Україні є систематизація діючої нормативно-правової бази. Проблема формування медичного права і прийняття кодифікованого акту, зокрема Медичного кодексу України, набуває чимраз більшого резонансу. Актуальність і важливість створення кодифікованого акту – Медичного кодексу України – на думку автора пояснюється багатьма обставинами, основними з яких є:

– необхідність комплексного реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, у тому числі її законодавчого забезпечення як фундаменту для усіх інших перетворень;

- прагнення забезпечити підвищення рівня правової освіти медичних і фармацевтичних працівників;
- сприяння і допомога юристам при розгляді і вирішенні так званих «медичних» справ;
- неузгодженість у деяких випадках окремих законів у сфері охорони здоров'я з галузевим законодавством;
- необхідність чіткої регламентації правового статусу медиків і пацієнтів;
- потреба правового регулювання різних систем охорони здоров'я (державної, муніципальної, приватної) [46, с. 202].

Визначаючи загальні положення Медичного кодексу та його структури, дослідники, зокрема О.В. Любінець, звертають увагу на особливості, які повинні знайти в ньому відображення: 1) наявність преамбули, Загальної та особливої частин; 2) закріплення норм, які б регулювали ключові питання медичної допомоги; 3) пріоритет прав і свобод людини у процесі надання медичної допомоги; 4) врахування міжнародних правових стандартів з прав людини та охорони здоров'я; 5) деталізація основоположних конституційних принципів щодо надання медичної допомоги; 6) узгодженість кодексу з нормативно-правовими актами інших галузей права; 7) необхідність врахування розвитку науки і прогресу в медицині для того, щоб забезпечити довголіття кодексу; 8) етична забарвленість більшості норм, що регламентують питання надання медичної допомоги [86, с. 8].

Прихильники ідеї Медичного кодексу визнають його актом систематизації, спроможним комплексно регламентувати правовий статус суб'єктів медичних правовідносин, надання медичної допомоги в різних напрямках медичної діяльності, визначити гарантії надання медичної допомоги та гарантії реалізації прав людини в галузі охорони здоров'я, закріпити основи страхування у галузі охорони здоров'я та експертної діяльності у цій царині, передбачити спеціальні процедури і механізми забезпечення прав суб'єктів медичних правовідносин тощо. Водночас цей документ не повинен визначати усі аспекти охорони здоров'я і перетворюватись у кодекс законів про охорону здоров'я. Медичний кодекс

повинен містити норми, які врегулюють суспільні відносини у сфері надання медичної допомоги, а всі інші відносини у сфері охорони здоров'я повинні регламентуватись іншими нормативно-правовими актами. Кодекс повинен бути спрямований на детальне і всебічне регулювання зазначених суспільних відносин. Однак оскільки кодекс повинен містити норми, що регламентують найважливіші питання організації і надання такої допомоги, цілком ймовірно може виникнути потреба врегулювання деяких аспектів надання медичної допомоги в окремих законах [87, с. 72].

На сьогоднішній день питання прийняття Медичного кодексу розглядається виключно на теоретичному рівні, однак, 29.12.2017 року Президент України П. Порошенко підписав Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» («Закон про медичну реформу в Україні»), який Верховна Рада прийняла в другому читанні 19 жовтня 2017 (законопроект №6327) [6]. 30.01.2018 року даний Закон вступив в дію.

Згідно із цим законом, обсяг медичних послуг і лікарських засобів, вартість яких покривається державними гарантіями, а також ступінь покриття, закріплюється на рівні закону в державному гарантованому пакеті (ст. 3 — 4) [6]. Одночасно з цим, на сьогоднішній день відсутні належні програми, ступінь покриття, протоколи лікування, тощо. Також проблемним залишається питання ліцензування лікарів приватної практики, оскільки ліцензійні вимоги розроблялись в першу чергу з урахуванням закладів охорони здоров'я — юридичних осіб.

Також підписано Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (№7117) [11]. Ініціатива покликана підвищити доступність та якість медичного обслуговування на рівні первинної медичної допомоги в сільській місцевості, проведення професійного консультування лікарем за місцем проживання людини за допомогою засобів телемедицини. Закон також передбачає укомплектування сільських закладів охорони здоров'я необхідним обладнанням і лікарськими засобами, необхідними

для надання первинної медичної допомоги, а також створення належної інфраструктури на селі.

Міністерство охорони здоров'я України вказує на запроваджений реформою принцип: «гроші за пацієнтом». Тобто, буде сформовано реєстр пацієнтів, який буде вести лікар, де буде зазначатись сімейний лікар, якого вибирає пацієнт шляхом подання декларації. При цьому, остаточно не зрозуміло, як саме буде оплачуватись лікування різних форм захворювання, особливо, якщо це складне лікування та довгострокове [73].

17 березня 2017 року Кабінет Міністрів України прийняв Постанову № 152 «Про забезпечення доступності лікарських засобів» (далі – Постанова) [18], якою затверджуються Порядок відшкодування вартості лікарських засобів та Порядок визначення розміру відшкодування вартості лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню.

Постановою запроваджується правовий механізм повного або часткового відшкодування (реімбурсації) вартості лікарських засобів під час амбулаторного лікування осіб, що страждають на серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу та бронхіальну астму (далі – "Реімбурсація"). Реімбурсація проводиться на користь суб'єктів господарювання, які (i) мають ліцензію на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами, та (ii) аптечні заклади яких розташовані в межах відповідної адміністративно-територіальної одиниці (далі – Суб'єкти фармації) [18].

Відповідно до Постанови, реімбурсація поширюється на зареєстровані в Україні готові лікарські засоби, що включені до (i) Переліку міжнародних непатентованих назв лікарських засобів (Постанова КМУ № 863 від 9 листопада 2016 року), а також до (ii) Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню, що затверджується Міністерством охорони здоров'я України [18].

Складнощі реформування сфери охорони здоров'я експерти пов'язують із низкою взаємозумовлених проблем, а саме:

1) реформування відбувається в умовах загальнооекономічної кризи;

2) відсутній системний аналіз причин неадекватності української системи охорони здоров'я суспільним очікуванням. Ці причини слід чітко розмежувати на такі, що зумовлені корупцією, некомпетентністю та фінансовою безвідповідальністю уповноважених посадових осіб та структур і мають бути подолані у процесі загальних реформ державного управління, й такі, що можуть бути усунені лише внаслідок кардинальної зміни національної моделі охорони здоров'я;

3) немає чіткого бачення та суспільного консенсусу щодо моделі системи охорони здоров'я, яку буде збудовано в результаті реформи;

4) програма реформування сфери охорони здоров'я не має цілісного підходу щодо забезпечення здоров'я нації, а стосується лише змін механізму функціонування медичної галузі та практично зорієнтована не на суспільні, а на корпоративні інтереси [126].

Враховуючи багатоаспектний та комплексний характер проблем системи охорони здоров'я в Україні, реформа відповідної державної політики має одночасно вирішувати такі завдання:

1) забезпечення розвитку медицини та насичення її достатньою кількістю кваліфікованих кадрів;

2) акумулювання достатніх коштів для фінансування системи охорони здоров'я, їх ефективного перерозподілу та відповідального використання;

3) покращення якості державного управління у сфері охорони здоров'я, передусім за рахунок викорінення корупції, незаконної практики поборів із громадян у медичних закладах другого і третього рівня; підвищення фінансової відповідальності керівництва Міністерства охорони здоров'я України, державних служб та медичних закладів;

4) розроблення та практичної апробації стандартів медичних послуг з позицій як найсучасніших знань у медичній галузі, так і соціальних вимог: доступності, повноти та ефекту якості медичних послуг для населення;

5) формування економічного механізму системи охорони здоров'я, який відповідає принципам соціальної доступності та інклюзії, безпосередньої безоплатності та справедливості [126].

Сучасні правові механізми державної політики у сфері охорони здоров'я мають бути зорієнтованими на різноспрямовані інтереси надавачів і споживачів медичної допомоги (медичних працівників та пацієнтів), враховувати наявні фінансові, кадрові, матеріально-технічні ресурси медицини як керованої системи і, водночас, дбати про реалізацію державних соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я.

Необхідність виконання таких комплексних завдань вимагає застосування різних методів державного управління, їх поєднання та збалансування.

На сьогоднішній день відбувається реформування сфери охорони здоров'я, а, відповідно, і оновлення нормативної бази в цій сфері. При цьому, розпорошеність, безсистемність законодавства України в сфері охорони здоров'я та надання медичних послуг актуалізує проблематику узгодження відповідної нормативної бази. При цьому, чинне законодавство України не враховує комерціалізації медичної сфери.

Так, актуальною видаються пропозиція окремих науковців щодо розробки та прийняття Медичного кодексу України, яким би врегульовувались питання надання медичної допомоги та медичних послуг. За відсутності такого документа необхідним видається доповнення ЦК України розділом, що визначатиме засади надання медичних послуг, або прийняття відповідного закону «Про медичні послуги», яким було б визначено умови надання медичних послуг, вимоги до договору про надання медичних послуг, відповідальність надавача послуг, особливості страхування відповідальності надавача послуг, тощо.

1.3. Суб'єкти, які надають медичні послуги

Як випливає з аналізу чинного законодавства України, суб'єктом надання медичних послуг є виключно заклад охорони здоров'я або фізична особа-

підприємець, що одержала відповідну ліцензію. Стаття 7 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я, здійснення державного та громадського контролю за їх діяльністю, організації збору медичної статистичної інформації, а ст. 10 встановлює відповідальність за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я [5].

Суб'єктами медичної діяльності можна вважати:

- заклади охорони здоров'я;
- фізичних осіб, які здійснюють приватну медичну практику.

У свою чергу, заклади охорони здоров'я можуть бути державними, комунальними та приватними. Згідно зі ст. 3 Основ законодавства про охорону здоров'я, заклад охорони здоров'я – це юридична особа будь-якої форми власності й організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

Мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням потреб населення в медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Створення й діяльність приватних медичних закладів підтримується державою. Необхідність у створенні приватного медичного закладу визначає не держава, а власник на підставі маркетингових досліджень ринку медичних послуг і на власний ризик [50, с. 17].

Чинне законодавство України надає можливість власникам публічних закладів охорони здоров'я (далі за текстом – ЗОЗ) (відповідним територіальним громадам, від імені яких право комунальної власності здійснюють відповідні місцеві ради) перетворювати належні їм на підставі зазначеного права ЗОЗ, що нині мають статус бюджетних установ, у комунальні унітарні некомерційні підприємства. Рішення про запровадження таких організаційно-правових змін

щодо комунальних ЗОЗ не потребує погодження Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України чи інших органів державної влади України. Перетворення ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства сприяє збільшенню господарської та фінансової автономії (самостійності) та управлінської гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я, формуванню у них стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування населення і водночас підвищення економічної ефективності використання активів. Перетворення ЗОЗ на комунальні некомерційні підприємства запобігає можливому надмірному податковому навантаженню на комунальні ЗОЗ та виключає можливість їх банкрутства і скорочення існуючої мережі комунальних ЗОЗ [44]. Джерелами фінансування перетвореного у комунальне некомерційне підприємство ЗОЗ можуть бути як бюджетні кошти, так і кошти юридичних та фізичних осіб. Також джерелом фінансування реорганізованого ЗОЗ можуть бути кошти, отримані за договорами з органами місцевого самоврядування та іншими ЗОЗ. Якщо на момент перетворення ЗОЗ на комунальне некомерційне підприємство, останнє не має можливості укласти договір із Національною службою здоров'я України, то в умовах чинного бюджетного законодавства можуть бути застосовані наступні варіанти організації фінансування перетвореного у комунальне некомерційне підприємство ЗОЗ:

1. Шляхом укладення договорів про медичне обслуговування населення, укладених відповідним розпорядником бюджетних коштів.
2. Шляхом фінансування з відповідного бюджету з використанням програмно-цільового методу (за бюджетною програмою), що передбачено Бюджетним кодексом України.
3. Шляхом надання фінансової підтримки з місцевого бюджету.

Особа виконавця в договорі про надання медичних послуг має особливе значення, порівняно з договорами про надання багатьох інших послуг. Професійний рівень того чи іншого медичного фахівця може суттєво відрізнятися, і тому для замовника (пацієнта) особа безпосереднього виконавця завжди має важливе значення. Крім того, відповідно до положень ст. 902 ЦК

України, виконавець повинен надавати послугу особисто. У разі надання послуг медичним закладом (виконавцем, надавачем послуг пацієнтові) у юридичному сенсі є сам заклад, а не конкретний медичний працівник. Те саме стосується й відповідальності такого роботодавця (виконавця *de jure*) за дії його працівників (виконавців *de facto*) як за договірними, так і за позадоговірними зобов'язаннями перед одержувачем послуги. Проте закон надає можливість залучати до надання медичних послуг за договором й інших осіб (медичні заклади, приватно практикуючих лікарів-підприємців). Такі особи в юридичному сенсі розглядаються як субпідрядники. Відповідно до ЦК України, для споживача (замовника, пацієнта) основним боржником за зобов'язаннями є його контрагент за договором, який отримує плату. Однак медичним закладам рекомендується окремо передбачати в договорі можливість залучення третіх осіб для надання не тільки медичних, а й сервісних (атрибутивних) послуг [52, с. 223].

Отже, загальною обов'язковою вимогою до суб'єкта надання медичних послуг – медичної організації – є наявність у неї ознак юридичної особи, створеної й зареєстрованої в установленому законом порядку. Приватно-практикуючі лікарі повинні бути зареєстровані як фізичні особи-підприємці.

До цього необхідно додати, що, оскільки діяльність, пов'язана з наданням різних медичних послуг населенню, знаходиться під особливим контролем держави, їй має передувати одержання зазначеними суб'єктами відповідного дозволу (ліцензії). Іншими словами, ліцензування медичної практики – це певний спосіб державного регулювання відносин щодо надання медичних послуг і забезпечення єдиних умов для всіх суб'єктів у галузі охорони здоров'я [50, с. 18].

Поняття лікуючий лікар подається у статті 34 Основ. Лікуючий лікар може обиратися безпосередньо пацієнтом або призначатися керівником закладу охорони здоров'я чи його підрозділу. Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне та кваліфіковане обстеження і лікування пацієнта. Пацієнт має право вимагати заміни лікаря. Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю

хворого та здоров'ю населення. Лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого у разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму.

Лікар зобов'язаний пояснити пацієнтові в доступній формі стан його здоров'я (ст. 39 Основ), мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявності ризику для життя та здоров'я.

На сьогоднішній день в Україні існує нормативно затверджений перелік закладів охорони здоров'я [24], до якого входять:

1. Лікарняні заклади (багатопрофільні, однопрофільні, спеціалізовані, особливого типу);
2. Амбулаторно-поліклінічні заклади;
3. Заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги;
4. Санаторно-курортні заклади;
5. Санітарно-профілактичні заклади (санітарно-епідеміологічні заклади, заклади санітарної просвіти);
6. Фармацевтичні (аптечні) заклади: аптека, аптечна база (склад), база (склад) медичної техніки, база спеціального медичного постачання (центральна, республіканська, обласна), контрольно-аналітична лабораторія, лабораторія з аналізу якості лікарських засобів, магазин (медичної техніки, медичної оптики).
7. Інші заклади: бюро судово-медичної експертизи (республіканське, обласне, міське), головне бюро судово-медичної експертизи України, інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, молочна кухня, центр медичної статистики МОЗ України, автопідприємства санітарного транспорту, державний заклад «Референс-центр з молекулярної діагностики» Міністерства охорони здоров'я України.
8. Заклади медико-соціального захисту: будинок дитини (обласний, міський, районний), обласний центр (бюро) медико-соціальної експертизи [24].

При цьому, даний перелік не можна визнати достатнім та таким, що відповідає умовам сьогодення. Так, поза межами переліку залишається діяльність

центрів фізичної реабілітації (зокрема, ортопедичної), діяльність з протезування та ортезування, діяльність психотерапевтичних кабінетів тощо. Окрім того, переліком не всюди враховано функціонування приватних закладів охорони здоров'я (наприклад, в переліку стоматологічних клінік).

За формою власності виділяють державні, комунальні та приватні заклади охорони здоров'я.

Медична практика провадиться суб'єктами господарювання на підставі ліцензії та за наявності: приміщень, що відповідають установленим санітарним, епідеміологічним, гігієнічним нормам і правилам, протипожежним нормам і правилам за наявності дозволу органу державного пожежного нагляду; приладів, обладнання, оснащення виробами медичного призначення лікувальних та діагностичних кабінетів амбулаторно-поліклінічних закладів, стаціонарних відділень лікарень; працівників (лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою) для провадження медичної практики. Повні ліцензійні умови закладів охорони здоров'я встановлюються Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.03.2016 року № 285 [19].

Суб'єкт господарювання, який має намір провадити медичну практику, особисто або через уповноважену ним особу звертається до МОЗ із заявою про видачу ліцензії.

До заяви про видачу ліцензії додаються документи, у тому числі відомості за підписом заявника-суб'єкта господарювання про: стан матеріально-технічної бази, необхідної для провадження відповідного виду господарської діяльності; наявність нормативно-правових документів, у тому числі нормативних документів з питань стандартизації, необхідних для провадження відповідного виду господарської діяльності; наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня та стажу роботи за спеціальністю, необхідного для провадження відповідного виду господарської діяльності [23]

Один з аспектів дотримання ліцензійних умов – проходження акредитації приватного медичного закладу. Відсутність акредитаційного сертифіката у

медичного закладу, що працює більше двох років, є підставою для анулювання ліцензії.

Постанова КМУ від 15.07.97 № 765 «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я» встановлює, що державна акредитація закладу охорони здоров'я – це офіційне визнання статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям та гарантії високої якості професійної діяльності [21].

Акредитації підлягають незалежно від форми власності усі заклади охорони здоров'я. Акредитація проводиться один раз на три роки. Перша акредитація закладу проводиться не пізніше ніж через два роки від початку здійснення діяльності.

Важливою новою тенденцією розвитку приватного сектора охорони здоров'я в Україні є формування і розширення приватних медичних мереж. В даний час в Україні діють наступні основні типи приватних медичних мереж:

- корпоративна мережа — медичне підприємство, до складу якого входять більше двох клінік, що належать одному власнику;
- франчайзингова мережа організацій (мережа лабораторій «Інвітро», «Синево» та ін.);
- некомерційний альянс — мережа організацій, що використовують єдиний бренд без виплати франшизи за його застосування (мережа клінік, об'єднаних брендом «Ексімер», та ін.);
- мережа організацій з правом використання торговельної марки (без додержання єдиної з головним клінікою технології ведення бізнесу і виплат роялті).

Детальна типологія приватних медичних організацій представлена С. В. Шишкіним у 2009 році:

- багатопрофільні клініки – організації, аналогічні традиційній поліклініці по набору медичних спеціальностей;

- різнопрофільні клініки – організації, що об'єднують лікарів кількох медичних спеціальностей, які не є суміжними. У більшості випадків вони називають себе багатпрофільними клініками, однак кількість спеціальностей в них недостатньо для функціонування в якості поліклініки. Діагностичні можливості таких клінік, як правило, вужче, ніж у багатпрофільних; лабораторна діагностика часто віддається на аутсорсинг;

- спеціалізовані клініки – організації, що працюють у певній медичній галузі (або в кількох, але, на відміну від «різнопрофільних» клінік, набір спеціальностей не випадковий, а відображає певну концепцію надання медичної допомоги) [134, с. 69].

Очевидно, що для розвитку охорони здоров'я необхідно наявність конкуренції. Установам, що спирається на систему державного фінансування медицини, теоретично повинні скласти конкуренцію клініки, які співпрацюють з системою добровільного медичного страхування, і приватний сектор охорони здоров'я. Вкрай актуальним для розвитку системи надання медичних послуг в Україні є співробітництво між державним і приватними секторами охорони здоров'я. Ці два сектори можуть доповнювати один одного при вірному розумінні національних задач охорони здоров'я і реалій кожного партнера. Таке взаєморозуміння сприяє створенню різноманітних форм співробітництва, спрямованих на досягнення головної мети – надання кваліфікованої і високоспеціалізованої медичної допомоги різним соціальним верствам населення [31, с. 5 – 9].

Зміни в законодавстві України актуалізують питання надання медичних послуг фізичними особами-підприємцями. Разом з тим, як зауважують окремі автори, на шляху розвитку інституту лікаря загальної практики існують і значні перепони :

- 1) витрати на оснащення робочих місць;
- 2) фінансові та часові витрати для підготовки лікарів потрібної кваліфікації;

- 3) витрати на адаптацію фахівців до нових умов їх роботи, у тому числі в разі необхідності зміни спеціальності або професії;
- 4) значні адміністративні та трансакційні витрати, пов'язані з функціонуванням нової моделі організації амбулаторної допомоги;
- 5) недостатній потенціал системи медичної освіти;
- 6) культурні перешкоди проведенню перетворень;
- 7) інформаційні бар'єри;
- 8) недостатній рівень розвитку інституційного потенціалу [35].

В умовах медичної реформи особливо актуальним постає питання розширення діяльності фізичних осіб-підприємців в сфері охорони здоров'я. Так, реформа передбачає можливість укладення декларацій з приватними лікарями. Разом з цим, актуальні ліцензійні вимоги розроблялись без врахування потреби розвитку саме цього напрямку. Таким чином, видається за необхідне розробка окремих умов щодо ліцензування діяльності лікарів сімейної медицини, нормативне забезпечення можливих форм кооперації, коли декілька сімейних лікарів працюють в одному приміщенні, на одній матеріальній базі, сумісно користуються послугами працівників, що здійснюють допоміжне обслуговування, однак мають самостійний статус та власних пацієнтів, при цьому спільно оплачують відповідні видатки – така форма сприятиме зменшенню витрат сімейних лікарів без зниження якості. В цьому контексті видається доцільним запозичення такої форми співпраці сімейних лікарів, як партнерство за англо-американським зразком. Під партнерством в англо-американському праві розуміється виражений в явній формі або уявний договір двох або більше осіб, охочих вкласти гроші, майно, різного роду знання, навички та вміння в дозволену законом спільну справу з тим, щоб ділити між собою отриманий прибуток і разом нести збитки. Учасники такого договору називаються товаришами, або партнерами (partners). В якості партнерів можуть виступати як фізичні, так і юридичні особи. Майно, внесене ними в спільне підприємство, стає їх спільною власністю. Важливо підкреслити, що спільна діяльність партнерів повинна переслідувати мету отримання прибутку. Цим партнерство відрізняється від

різного роду товариств і спілок, що не мають мети одержання прибутку (релігійних, благодійних тощо). Головна відмінність від партнерства компаній і підприємницьких корпорацій – відсутність правосуб'єктності. Однак, незважаючи на формальну відсутність правосуб'єктності, партнерство все ж володіє окремими її елементами: виступаючи в обороті під єдиною фірмою, воно укладає від свого імені всі необхідні угоди і є єдиним процесуальним суб'єктом в суді.

Також в нових умовах видається доцільним та актуальним запровадження обов'язкового страхування відповідальності закладів охорони здоров'я перед пацієнтом. Правила та умови такого страхування мають бути розроблені Кабінетом Міністрів України з врахуванням вимог Закону України «Про страхування».

Отже, за результатами проведеного дослідження зроблено наступні висновки:

- доцільним є уточнення поняття «медичної послуги», виклавши відповідний абзац ч. 1 ст. 3 Основ в наступній редакції: «медична послуга – це дія чи комплекс дій, що надаються пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою-підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, на підставі укладеного між ними договору, та спрямовується на діагностику, лікування або профілактику лікування захворювання».

- на сьогоднішній день наявні стандарти та протоколи надання медичних послуг не охоплюють всі сфери надання медичних послуг, а тому необхідним є розроблення відповідних стандартів та протоколів щодо тих видів медичної практики, які на сьогоднішній день перебувають поза межами регулювання, а саме – щодо послуг пластичної хірургії, медичної та фізіотерапевтичної реабілітації, тощо.

- підтримується позиція щодо розробки та прийняття Медичного кодексу України, яким би врегульовувались питання надання медичної допомоги та медичних послуг. За відсутності такого документа необхідним видається доповнення ЦК України розділом, що визначатиме засади надання медичних

послуг, або прийняття відповідного закону «Про медичні послуги», яким було б визначено умови надання медичних послуг, вимоги до договору про надання медичних послуг, відповідальність надавача послуг, особливості страхування відповідальності надавача послуг, тощо.

- доцільним видається запровадження такої форми існування закладу охорони здоров'я, як медичне партнерство, як заснована на договорі співпраця двох або більше лікарів сімейної медицини, з метою об'єднання матеріальної бази для надання медичних послуг.

- також запропоновано запровадити обов'язкове страхування відповідальності закладів охорони здоров'я перед пацієнтом.

РОЗДІЛ 2

ДОГОВІР ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. Поняття та особливості договору про надання медичних послуг

Відносини з надання медичних послуг складаються між медичною організацією, підприємцем, що надають такі послуги, і пацієнтом-споживачем відповідних послуг. У разі, якщо пацієнт, самостійно вибирає медичну організацію та вид послуг, діє за своєю волею і відповідно до власних інтересів, то такі відносини сторін закріплюються договором надання медичних послуг, що виступає в якості правової форми й опосередковує відносини між ними.

В контексті охорони здоров'я замовники вступають у відносини з тими особами, які здатні надати їм відповідну допомогу. Такі відносини, урегульовані правовими нормами, стають правовими відносинами. За своєю природою вони є зобов'язальними і виникають з договору, внаслідок заподіяння шкоди (делікту) та з інших підстав, встановлених законом.

Підставою виникнення зобов'язань, щодо надання медичних послуг, є договір. За договором відплатного надання послуг виконавець зобов'язується за завданням замовника надати послуги (здійснити певні дії або здійснити певну діяльність), а замовник зобов'язується оплатити ці послуги.

Договір – одна із найдавніших правових форм (конструкцій) узгодження волевиявлення юридично незалежних суб'єктів права з метою задоволення їх потреб через взяття на себе юридичних обов'язків та набуття прав однією стороною стосовно іншої. Останнє є проявом зобов'язання та правочину дії на встановлення, зміну чи припинення суб'єктивних прав та юридичних обов'язків [133, с. 405].

В найширшому значенні інститут договору являє собою узгоджену поведінку, тобто організаційні форми діяльності, зовнішні прояви яких мають багатозначний характер і велике коло застосування в соціальній, економічній, політичній, правовій та інших сферах [95, с. 19].

Як юридичному факту договору притаманні такі ознаки: у ньому виявляється воля не однієї особи (сторони), а двох чи кількох, причому волевиявлення учасників за своїм змістом повинні збігатися і відповідати одне одному; договір — це така спільна дія осіб, яка спрямована на досягнення певних цивільно-правових наслідків: набуття, зміну або припинення цивільних прав та обов'язків. Проте роль договору не обмежується тільки тим, що він впливає на динаміку цивільних правовідносин (породжує, змінює або припиняє їх), а й відповідно до вимог законодавства, звичаїв ділового обороту, вимог добросовісності, розумності та справедливості визначає зміст конкретних прав та обов'язків учасників договірної зобов'язання. У цьому розумінні договір виступає засобом регулювання поведінки сторін у цивільних правовідносинах [85, с. 24].

Основною підставою виникнення відносин з надання медичної послуги та допомоги є договір. Договори, що використовуються у сфері медичного обслуговування, можуть бути поділені на договори лікування і договори на організацію лікування. Договори першої групи укладаються між медичними закладами і пацієнтами на надання основних і додаткових медичних та парамедичних послуг, а також між медичними закладами (приватно практикуючими лікарями) на надання консультаційних послуг, надання донорських матеріалів і ін. Договори другої групи укладаються між медичними закладами (приватними лікарями) і юридичними особами (приватними підприємцями) на медичне обслуговування їх працівників.

Питання про місце договору надання оплатних послуг в системі цивільно-правових зобов'язань в юридичній літературі не є однозначним. Так, наприклад, А.Ю. Кабалкін спочатку вважав, що конструкція «договору про надання послуг» взагалі не може застосовуватися [66, с. 48]; потім вказував, що вони (договори оплатного надання послуг) «не є і не можуть бути самостійним типом цивільно-правового зобов'язання» [67, с. 38]. Крім того, він навіть не розглядав їх як самостійний інститут: «Неможливо погодитися в даний час з визнанням цих зобов'язань своєрідним правовим інститутом, особливо в умовах, коли в цивільному законодавстві були відсутні норми, що регулювали відношення з

надання послуг як таких» [67, с. 38]. При цьому, виконавець договору про надання послуг не несе ризик недосягнення результату, за умови відсутності його вини (ч. 2 ст. 903 ЦК України), тому замовник наперед приймає ризик на себе. За чинником часу цей договір може бути разовий або триваючий, наприклад, послуги лікаря.

М.В. Кротов вважає, що зобов'язання з надання послуг є самостійним інститутом зобов'язального права [81, с. 89]. Необхідно виділити загальні ознаки відповідного договору і кореспондуючі їм правові вирішення окремих питань; обґрунтувати в окремих випадках можливість, а в інших, навпаки, відхилити віднесення певних договорів до виду тих, про яких йде мова в главі 63 ЦК України.

О.І. Смотров відстоює точку зору, відповідно до якої для забезпечення найбільш повного цивільно-правового регулювання відносин з оплатного надання медичних послуг доцільно використовувати такий прийом юридичної техніки, коли загальні положення щодо договору про надання послуг закріплюються безпосередньо в ЦК України, а особливості надання безпосередньо медичної послуги враховуються в спеціальному законодавстві. Як останнє можуть бути розроблені «Правила оплатного надання медичних послуг населенню» [117, с. 11].

Але відносини, що виникають у зв'язку з наданням пацієнтам медичної допомоги, володіють такою істотною своєрідністю, що дана обставина не дозволяє забезпечити адекватну правову захищеність їх учасників за допомогою лише загальних положень договірної права.

Замовник та послугоотримувач можуть не збігатися в одній особі. Замовником може бути платник послуги, а одержувач послуги – особа, на користь якої відбулася оплата за послугу. В таких випадках укладається договір на користь третьої особи. При цьому зобов'язання надати послугу виникає у виконавця перед одержувачем, а зобов'язання оплатити послугу виникає у платника перед виконавцем. Заклад охорони здоров'я зобов'язаний надати послугу третій особі, а третя особа має право вимагати виконання зобов'язання від

надавача послуги. Відповідно платник і одержувач послуги не завжди збігаються в одній особі.

Незважаючи на те, що договір надання медичних послуг відноситься до цивільно-правових, специфікою сфери його дії обумовлюється те, що його правове регулювання носить комплексний характер. Права та обов'язки сторін за договором надання медичних послуг повинні визначатися в двох аспектах — з погляду норм цивільного законодавства і з точки зору норм законодавства про охорону здоров'я громадян.

Деталізуючи цивільно-правовий обов'язок надавати інформацію про послуги, Основи передбачають, що кожен громадянин має право в доступній для нього формі отримати наявну інформацію про стан свого здоров'я, включаючи відомості про результати обстеження, наявність захворювання, його діагноз і прогноз, методи лікування, пов'язаний з ними ризик, можливі варіанти медичного втручання, їх наслідки та результати проведеного лікування. Проте норма не дозволяє визначити обсяг і зміст інформації, що надається саме при укладенні договору про надання медичних послуг, а це необхідно для встановлення можливості досягнення позитивного ефекту послуги, і для прийняття рішення пацієнта про укладення договору. У свою чергу, інститут добровільної інформованої згоди на медичне втручання потребує вдосконалення в аспекті легального визначення обсягу наданої інформації і відповідальності за ненадання інформації у необхідному обсязі; у той же час пацієнт повинен бути огорожений від зловживання добровільним поінформованим втручанням з боку медиків.

При цьому, ЦК України, встановлюючи правові засади регулювання окремих договорів, взагалі не згадує про договори надання медичних послуг, що є істотною прогалиною даного нормативного акта.

Проаналізувавши наявні підходи до визначення медичної послуги, договору про надання медичних послуг, його змісту, можна визначити наступні особливості (ознаки) договору про надання медичних послуг:

— він належить до групи так званих алеаторних (ризикових) правочинів. Однак він має гарантувати безпеку послуги для замовника;

– цей договір передбачає обов'язок ініціативного надання виконавцем (тобто за власною ініціативою, яка не потребує попередньої згоди чи погодження) замовникові інформації, яка об'єктивно дає змогу прийняти свідоме рішення завдяки розкриттю в доступній формі можливої небезпеки, яку криє в собі медична послуга, її супутні та подальші наслідки;

– виконавцями послуги можуть бути заклади охорони здоров'я (суб'єкти господарювання на підставі ліцензії за умови виконання кваліфікаційних, організаційних, інших спеціальних вимог) та фізичні особи-підприємці, які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, з метою надання певних видів медичних послуг;

– дуже часто договір про надання медичних послуг є договором приєднання. Відтак, замовнику пропонується вже готовий формуляр договору. Однак використання формулярів виконавцем попри їх зручність не завжди дає змогу врахувати індивідуальні особливості і потреби замовника;

– неможливість виконавця забезпечити стовідсоткову гарантію досягнення запланованих результатів послуги.

Договір вважається укладеним, якщо сторони в належній формі дійшли згоди щодо всіх істотних умов даного договору. Оскільки цивільне законодавство не містить окремого регулювання договорів про надання медичних послуг, то єдиною нормативно закріпленою істотною умовою для даних договорів відповідно до ст. 638 ЦК України є його предмет. Одночасно з цим, законодавство та судова практика визначають як істотні всі умови договору, щодо яких за заявою хоча б однієї із сторін має бути досягнуто згоди (абз. 2 ч. 1 ст. 638 ЦК України). Так, наприклад, при розгляді справи №150/628/16-ц Апеляційним судом Вінницької області встановлено, що договір, укладений сторонами визначав як істотні умови прийом лікарських препаратів та дотримання рекомендацій лікаря щодо підготовки до перенесення ембріонів [100].

Щодо договорів про надання медичних послуг предметом договору є конкретна медична послуга, що має бути надана клієнту. Щодо договорів про надання медичних послуг до предмету договору доцільно включити положення

про власне медичну послугу, її обсяг та якість. Сутність медичної послуги було проаналізовано в попередньому розділі даної роботи. Предметом договору відплатного надання послуг є або вчинення виконавцем певних дій або здійснення їм визначеної діяльності. Але послуга як предмет договору – поняття неоднорідне і багатогранне, може представляти собою різноманітний спектр дій. Тому в кожному конкретному випадку необхідна чітка деталізація здійснюваних послуг при складанні договору. Крім того, послуга може поєднуватися з додатковими діями виконавця, які не можуть бути охоплені договором, так як вони свідомо невідомі, але необхідні для якісного виконання послуги.

Відповідно до ч. 1 ст. 44 Основ законодавства України про охорону здоров'я, у медичній практиці застосовуються методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарські засоби, дозволені до застосування центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Таке становище, на нашу думку, покликане гарантувати не лише безпеку, а й якість медичних послуг.

На практиці досить часто змішують поняття якість і безпека. Так, у справі № 2-136 позивач отримані внаслідок послуги опіки пов'язував саме з неналежною якістю послуги. Суд у цій справі не розмежовував понять «якість» та «безпека» [101]. Таке ж саме трактування понять позивачем знаходимо у справі № 2-438/12/, однак суд не ототожнював ці поняття, а наслідки у вигляді опіків пов'язував з неналежними якістю і безпекою послуги [107]. Аналогічно відсутнє відповідне розмежування і у практиці Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ [127]

Тим самим, передбачені ст. 10 Закону України «Про захист прав споживачів» правові можливості споживача (споживачу за своїм розсудом при виявленні недоліків наданої послуги дається право безоплатного усунення недоліків у наданій послугі у розумний строк; відповідного зменшення ціни наданої послуги; відшкодування завданих йому збитків з усуненням недоліків наданої послуги своїми силами чи із залученням третьої особи; реалізації інших прав, що передбачені чинним законодавством на день укладення відповідного договору)

впливають з факту виявлення невідповідності послуги визначеним сторонами умовам, а правові наслідки — з недоліків її якості чи безпеки.

Якість — це відповідність певного об'єкту чи дій або обов'язковим вимогам закону, або договору, придатність для цілей, для яких надання такого роду звичайно використовується, або для позначених споживачем конкретних цілей.

В сутнісному значенні якість об'єкта — це певна сукупність властивостей об'єкта, що обумовлюють його корисність, здатність задовольняти певні потреби у відповідності з призначенням; властивість, ознака чи риса, яка визначає гідність об'єкта, ступінь його цінності, придатності, відповідності того, яким він повинен бути; критична оцінка споживачем ступеня відповідності властивостей об'єкта індивідуальним і суспільним очікуванням, обов'язковим нормам відповідно до її призначенням.

Якість може бути абсолютно певною, що не допускає відхилень у наборі характеристик (наприклад, хімічний склад ліків), а може коливатися в певних межах. Тоді мова може йти про сортності товару або про ступінь комфортності послуги. У всіх випадках товар або послуга повинна відповідати певним вимогам до якості. При наявності діапазону характеристик якості воно може бути визначено в договорі.

Слід зазначити, що законодавець не ставить якість товару, роботи, послуги в залежності від його вартості. Не можна погодитися з думкою Е. Е. Ліхтаровича, який відносить категорію якості до медичної допомоги. Він визначає якість як найважливішу характеристику медичної допомоги (послуги). «Якість — це ефективність лікування пацієнта. Якість — фактор, який може позитивно впливати на подальший розвиток охорони здоров'я. Якість медичної допомоги є ступінь відповідності медичної допомоги сучасному рівню медичної науки, стандартам медичних технологій, а також потребам пацієнта» [84, с. 84].

При цьому, на нормативному рівні визначення якості медичної послуги відсутнє, натомість якість медичної допомоги визначається як надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони

здоров'я [25]. Одночасно з цим, якість – це характеристика товару, в тому числі і споживчого призначення, отже, вона характеризує медичну послугу, але не медичну допомогу. Не будучи товаром, медична допомога якістю не характеризується. Товарної оболонкою медичної допомоги є медична послуга, до якої тільки і застосовні вимоги щодо якості товару. Можна говорити про рівні медичної допомоги – стосовно до товарних складових медичної послуги, таким як ресурси. Дійсно, рівень оснащення у різних медичних установах відрізняється, при цьому медична допомога своїй суті не втрачає.

Медична допомога не може бути регламентована публічними інструкціями. Медична послуга ж в цілях співмірності із зустрічною оплатою, повинна певним чином вимірюватись і підлягати оцінці і тому може містити обов'язкові елементи того, за що здійснюється оплата.

У цьому сенсі до медичної послуги і можуть бути застосовані стандарти. Маються на увазі стандарти відповідності товарного надання його оплати, еквівалентність товарообміну. В таких стандартах, по суті, платник визначає, за що він готовий платити. Це лише платіжні стандарти, не технологічні, тим більше не стандарти, які виражають правила медицини: певні, виміряні і доступні оцінки (контролю) дії підлягають оплаті в еквівалентному їх цінності розмірі [40, с. 93].

Якість товарного надання, за загальним правилом, кореспондує ціною: чим краще товар, тим дорожче він коштує.

Виконавець зобов'язаний надати послугу, якість якої відповідає договору. При відсутності в договорі умов щодо якості послуги виконавець зобов'язаний надати послугу, відповідну звичайно пропонованим вимогам і придатну для цілей, для яких послуга такого роду звичайно використовується. Якщо виконавець при укладенні договору був поставлений споживачем про конкретних цілях надання послуги, то виконавець зобов'язаний надати послугу, придатну для використання у відповідності з цими цілями. Якщо законами або у встановлених ними порядку передбачені обов'язкові вимоги до послуги, виконавець зобов'язаний надати послугу, що відповідає цим вимогам.

Тим самим споживач має право на послугу, якість якої відповідає:

- умовам договору;
- звичайно пропонованим вимогам і щоб послуга була придатна для використання;
- конкретним цілям, про які споживач поставив до відома виконавця при укладенні договору;
- обов'язковим вимогам, передбаченим законом або у встановленому ним порядку.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України затверджено порядок контролю якості медичної допомоги, однак даним порядком не згадується категорія медичних послуг [25]. При цьому, як впливає з тексту цього наказу, відповідальним за організацію моніторингу контролю якості медичної допомоги є Управління контролю якості медичних послуг. З огляду на зазначене, більш коректним є виклад назви даного наказу в редакції «Про порядок контролю якості медичних послуг», із відповідною заміною терміну «допомога» на «послуги» в тексті даного наказу.

Об'єктом безпеки при наданні медичних послуг є здоров'я як благо, що належить правовласнику — пацієнту, і право на це благо, що включає безліч правочинів, у тому числі на згоду з применшенням здоров'я в дозованому обсязі у результаті медичної допомоги і на режим інформації про здоров'я.

Об'єктом безпеки є також медична допомога. Однак поняття безпеки медичної допомоги відрізняється від поняття безпеки здоров'я, воно двояко і полягає у недопущенні випадкових небезпек як для особи пацієнта (наприклад, в результаті тих чи інших медичних техногеній), так і для особистості володаря медичної професії (наприклад, небезпеки зараження при здійсненні лікування — гепатити, ВІЛ-інфекцією тощо).

Нарешті, об'єктом безпеки є та сама медична послуга як товар споживчого призначення. Безпека медичної послуги поширюється на процес обслуговування при наданні медичної допомоги, тобто на випадкові небезпеку для особистості при його здійсненні як для одержувача медичних послуг, так і для персоналу.

У контексті суб'єктних відмінностей доцільно виділяти безпеку споживача (пацієнта) і безпеку суб'єкта медичної діяльності (персоналу).

Таким чином, безпека споживача (пацієнта) при наданні медичних послуг складається з завбачливого недопущення:

- перевищення меж погоджувальної применшення здоров'я та інформаційного режиму права на здоров'я;
- випадкового ушкодження здоров'я при наданні медичної допомоги, у тому числі медико-техногенного характеру;
- випадкового ушкодження здоров'я при супутньому обслуговуванні.

Що стосується бажаного позитивного ефекту від наданої медичної послуги, то нематеріальний результат (корисний ефект послуги) не може розглядатися в якості складової предмета договору надання медичних послуг (на відміну від підрядних договорів, де предмет охоплює як самі виконувані роботи, так і результат), оскільки його досягнення не залежить повною мірою від волі і дій сторін. Сфера дії і особливість цього договору досить специфічні: предметом є вплив на здоров'я людини, ту саму невідчужувану, що належить від народження і охороняється законом цінність, притому вплив відбувається за ініціативою носія цієї цінності. Укладаючи договір і «замовляючи» певні послуги щодо свого здоров'я, громадянин бажає отримати певний результат. Але очевидно, що в медицині не завжди можливо достовірно спрогнозувати цей результат, як його недосягнення не завжди є прямим наслідком неналежного виконання медичною організацією своїх обов'язків. І тому цілком обґрунтовано невключення в предмет договору результату як бажаного позитивного ефекту.

Незважаючи на вищезазначене, складаються відносини сторін тим або іншим способом спрямовані на досягнення бажаного ефекту послуги. Це, в першу чергу, інформаційний обов'язок з боку особи, що надає послуги, та вимоги до змісту такої інформації. А також вимоги до якості наданої послуги, що частково забезпечується державою, встановлює вимоги до медичної діяльності і контролюють їх дотримання, в тому числі шляхом ліцензування та акредитації.

Важливою умовою договору про надання медичних послуг є ціна за послуги та порядок проведення розрахунків. Отже, в договорі повинен бути зазначений порядок розрахунків. Тобто, може бути зазначено, що буде ціна за послугу стійкою, чи від певних умов вона буде збільшена чи, навпаки, зменшена. Проте, якщо не зазначено, що ціна може бути збільшена, то після надання послуг медичний працівник не може підвищити плату за послугу більше, ніж та, що була визначена. У договорі сторони можуть передбачити додаткову плату за підвищений рівень комфорту.

Питання плати за договором про надання медичних послуг сторони вирішують відповідно до ст. ст. 632, 903–904 ЦК України.

Повинен бути вказаний строк дії договору, оскільки це забезпечить пацієнту обов'язкове виконання умов договору про надання медичних послуг лікарем та медичним закладом, в якому проводиться операція. Умова щодо строку у договорах про надання медичних послуг найчастіше вирішується шляхом вказівки на кількість процедур, сеансів тощо з визначенням інтервалів між ними. Досить часто дотримання строків між проведенням процедур є запорукою досягнення їх загальної мети, а тому умову щодо строку у договорах про надання медичних послуг можна оцінювати як істотну, що впливає із суті зобов'язання.

Інколи, зважаючи на характер захворювання, індивідуальних властивостей організму людини, неможливо передбачити конкретний строк надання медичних послуг, натомість залишається можливим лише визначити «середньостатистичний», характерний для певного виду послуг [53, с. 159].

На практиці питання щодо строку може і не вирішуватися, а сама послуга надається одноразово одразу ж після звернення до виконавця і погодження усіх істотних умов договору.

Зобов'язання з надання послуг у медицині ґрунтуються на довірі, що зумовлено особистим виконанням і відкритістю відносин між замовником та виконавцем. У разі виникнення потреби в наданні медичної послуги пацієнт звернеться до медичної установи, якій він довіряє. При цьому, елементом договору про надання медичних послуг є умова про лікарську таємницю.

Аналіз судової практики свідчить про те, що відсутня значна судова практика у сфері захисту лікарської таємниці. Однак не можна залишити без уваги рішення Печерського райсуду м. Києва. Фабула справи є такою. У 2006 р. громадянка України С. Побережець звернулася з адміністративним позовом до Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України про визнання судом незаконним і невідповідним правовим актам вищої юридичної сили нормативно-правового акту у частині розміщення в листку непрацездатності інформації про первинний і заключний діагноз особи й код захворювання відповідно до Міжнародної класифікації хвороб і причин смерті (МКХ-10). Свій адміністративний позов Побережець обґрунтовувала тим, що згідно з нормативно-правовим актом, який оскаржується, установи охорони здоров'я зобов'язані вказувати в листку непрацездатності інформацію про стан здоров'я (діагноз) особи, яка отримала листок непрацездатності, після чого цей листок непрацездатності подається за місцем роботи особи і таким чином інформація про стан здоров'я особи стає доступною широкому колу осіб за місцем її роботи і цим порушується конституційна заборона на збирання, зберігання, використання й поширення конфіденційної інформації про особу, встановлена ст. 32 Конституції України. Таким чином, позивачка стверджувала, що запис діагнозів у листку непрацездатності призводить до фактичного розголошення конфіденційної інформації про особу. Печерський районний суд задовольнив позов, пославшись на ст. 3, 19, 21, 22, 32, 55, 64, 68 Конституції України; ст. 8 Європейської конвенції про захист прав людини й основних свобод; ст. 4, 6, 7, 8, 14, 40, 41 Основ законодавства України про охорону здоров'я; ст. 285, 286 ЦК України; ст. 23 Закону України «Про інформацію». Таким чином, видаючи листок непрацездатності, лікарі не вказують у ньому ані діагноз, на підставі якого виданий листок, ані шифр міжнародної класифікації хвороб [108].

При цьому, відповідно до ч. 2 Рішення Конституційного Суду України від 30 жовтня 1997 р. у справі щодо офіційного тлумачення статей 3, 23, 31, 47, 48

Закону України "Про інформацію" медична інформація, тобто свідчення про стан здоров'я людини, історію її хвороби, про мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі і про наявність ризику для життя і здоров'я, за своїм правовим режимом належить до конфіденційної, тобто інформації з обмеженим доступом. Лікар зобов'язаний на вимогу пацієнта, членів його сім'ї або законних представників надати їм таку інформацію повністю і в доступній формі [106]. В подальшому обов'язок ЗОЗ надавати медичну інформацію не лише пацієнту, а й членам його сім'ї підтверджено судовою практикою [107].

З огляду на зазначене, а також враховуючи право пацієнта на таємницю щодо стану його здоров'я в тому числі й від членів родини, доцільним видається внесення в положення договору про надання медичних послуг особливого положення, яким буде врегульовано механізм розкриття медичної таємниці, а саме – випадки, в яких лікар має право на розкриття такої таємниці (наприклад, загроза життю пацієнта, непритомний стан пацієнта) та виключний перелік осіб, яким така інформація може надаватись.

Отже, інформаційна група прав та обов'язків сторін договірних правовідносин містить: право особи на забезпечення її кваліфікованою медичною допомогою, право отримати необхідну інформацію про стан свого здоров'я, вимагати роз'яснення діагнозу, методів лікування та можливих наслідків, на допуск до неї інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса, адвоката та священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду, а також обов'язки лікувального закладу зберігати інформацію у таємниці, дати роз'яснення діагнозу тощо. Вважаємо, що це не повний перелік прав та обов'язків сторін, тому пропонуємо доповнення до цієї групи: право відмовитися від інформації про стан здоров'я, право на ознайомлення з медичною документацією, право на скликання консилиуму, право на відмову від лікування та втручання, на заміну лікуючого лікаря. До обов'язків лікаря відносимо: ознайомити на вимогу пацієнта з діагнозом хвороби, необхідними обстеженнями, рекомендованими методами лікування, маніпуляціями, оперативними

втручаннями, методами знеболення, ознайомити з можливими наслідками та ускладненнями, надавати необхідні ліки, які є в наявності, інформувати про ускладнення хвороби, забезпечувати проведення необхідного лікування пацієнта з використанням сучасних досягнень медицини, інформувати хворого про його стан, методи лікування та можливі наслідки після перенесеної хвороби, ведення медичної документації, зберігати лікарську таємницю.

В цілому, слід зазначити, що в рамках цивільного законодавства договір про надання медичних послуг потребує більш детального регулювання з урахуванням його особливостей і специфіки відносин. Зокрема, необхідні більш доступні, з точки зору правозастосування, гарантії якості послуг, умови настання відповідальності, доцільно передбачити обов'язкове страхування відповідальності виконавця. Все це доцільно передбачити в окремій главі Підрозділу 1 (Договірні зобов'язання) Розділу III (Окремі види зобов'язань) ЦК України. Так, пропонуємо наступну структуру такої глави:

Глава «Договір про надання медичних послуг»

Статті:

1. Поняття договору про надання медичних послуг;
2. Сторони договору медичних послуг. В межах даної статті доцільно запропонувати визначення закладу охорони здоров'я, як надавача послуги, пацієнта, як одержувача послуги, а також визначити особливості укладання договору про надання медичних послуг на користь третіх осіб;
3. Форма договору та медична документація. В даній статті доцільно визначити письмову форму, як основну форму укладання договору про надання медичних послуг, особливості застосування договору приєднання в медичній сфері, окремі випадки укладання договору в усній формі (для окремих медичних послуг, що надаються в момент звернення, та не можуть мати подальших ускладнень, наприклад, окремі діагностичні послуги). Також тут доцільно передбачити обов'язок надавача послуги отримати інформовану згоду пацієнта щодо надання послуги перед початком її надання.

4. Істотні умови договору. Тут доцільно передбачити, що істотними умовами договору про надання медичних послуг є його предмет, строк, ціна, дотримання пацієнтом рекомендацій лікаря.

5. Лікарська таємниця. В даній статті доцільною є фіксація обов'язку персоналу закладу охорони здоров'я щодо збереження лікарської таємниці. Також бажаним є положення про можливість фіксації в договорі про надання медичних послуг механізму розкриття лікарської таємниці визначеним в договорі

6. Відповідальність за договором. Тут доцільно передбачити основні умови настання відповідальності сторін за договором, визначити критерії якості та безпеки медичних послуг. Доцільним також є запровадження положення, відповідно до якого повідомлення пацієнтом завідомо неправдивих даних про стан свого здоров'я може бути підставою для звільнення закладу охорони здоров'я від відповідальності.

7. Страхування відповідальності. Тут доцільно зазначити, що відповідальність особи, що надає медичні послуги за шкоду заподіяну життю та здоров'ю пацієнта підлягає обов'язковому страхуванню.

Таким чином, за сучасних умов договір про надання медичних послуг є основною підставою виникнення правовідносин між закладом охорони здоров'я та пацієнтом. Саме належна договірна фіксація предмету договору, визначення конкретних послуг, прав та обов'язків сторін, механізмів інформування та відповідальності є необхідною умовою якісного правового забезпечення надання медичних послуг конкретному пацієнту.

2.2. Особливості процедури укладення договору про надання медичних послуг

Договір про надання медичних послуг належить до цивільно-правових договорів, а тому порядок його укладання врегульовано загальними положеннями ЦК України.

Основними принципами регулювання договірних відносин за ЦК України є принцип свободи договору та принцип справедливості, добросовісності та розумності (стаття 3 ЦК України). Отже, принцип свободи договору деталізований в статті 627 ЦК України: сторони є вільними при укладенні договору, виборі контрагента та визначенні умов договору з урахуванням вимог цивільного законодавства, звичаїв ділового обороту, вимог розумності та справедливості.

Наявність законодавчого визначення принципів не є перешкодою до виявлення у цивільному праві й інших правових принципів. Зокрема, досить важливе значення у цивільно-правовому регулюванні мають: юридична рівність учасників цивільних правовідносин перед законом; непорушність права власності та рівність усіх її форм; свобода не лише договору, а й усіх інших можливих угод (правочинів); здійснення цивільних прав за своєю волею і на власний розсуд; застосування цивільно-правової відповідальності за винну та протиправну поведінку (бездіяльність), за винятками, передбаченими законом, без приниження честі, гідності, інших особистих суб'єктивних прав порушника.

Укладення договору складається з двох послідовних юридично значимих стадій:

- 1) пропозиції однієї сторони про укладення договору (оферти);
- 2) прийняття пропозиції укласти договір (акцепту).

Не зовсім вірним є виділення в літературі третьої стадії – отримання інформації про акцепт стороною, що направила оферту. Порядок укладення цивільно-правового договору – це передбачена правовими нормами юридично-логічна послідовність стадій встановлення цивільних прав і обов'язків, заснована на звернених назустріч одна одній діях осіб, які виражені в різноманітних способах узгодження змісту договору, шляхом їх вільного волевиявлення. Способами укладення цивільно-правового договору є нормативно визначені дії, через які досягається вільне і взаємне узгодження волі сторін договору [42, с. 87].

При цьому, поняття «оферта» та визначення особи, яка є офертантом при укладанні договору про надання медичних послуг є спірним.

Так, зазвичай фізична особа не має достатніх знань і навичок для самостійного визначення виду й обсягу необхідних медичних послуг, яких вона потребує. Конкретні умови надання медичних послуг, такі як предмет, ціна, порядок надання послуг, попередні строки надання, можуть бути визначені лише медичними працівниками. Тобто саме лікар або заклад охорони здоров'я внаслідок звернення фізичної особи формує пропозицію щодо укладення договору про надання медичних послуг (оферта), з умовами якого може погодитись фізична особа (акцепт). Як наслідок, звернення фізичної особи до лікувального закладу є нічим іншим як запрошенням до формування пропозиції укласти договір [116, с. 97]. Так само звертає увагу на необхідність розмежування розмежувати поняття оферти і «запрошення до надіслання оферти» С.О. Бородовський. Запрошенням зробити пропозицію укласти договір, на думку автора, є будь-яка пропозиція інформаційного характеру, спрямована на спонукання особи чи групи осіб звернутися до адресата цього запрошення з пропозицією укласти договір (офертою). Запрошення зробити пропозицію укласти договір не містить дійсного бажання сторони бути юридично пов'язаною і не має на меті виникнення зобов'язання та надання сторонам певних прав чи покладення на останніх обов'язків. Пропозиція, спрямована на укладення договору, яка не відповідає вимогам, встановленим законодавством щодо змісту оферти, є запрошенням зробити пропозицію про укладення договору [41, с. 23]. Так, саме медичний заклад пропонує пацієнту надання певних медичних послуг, визначає їх вартість та обумовлює порядок (механізм) надання. При цьому, пацієнт має право або погодитись на одержання цих послуг, або відмовитись від них.

Отже, слід погодитись із О.В. Криловою щодо того, що специфікою укладення договору про надання медичних послуг є прийняття саме закладом охорони здоров'я остаточного рішення щодо необхідності надання медичних послуг фізичній особі [80, с. 12].

Форма договору про надання медичних послуг повинна відповідати загальним положенням ЦК України (ст. ст. 208, 639). Так, щодо медичних послуг

поширеними є укладання договорів в усній та письмовій формі. Нотаріальна форма щодо медичних послуг фактично не застосовується, хоча за погодженням сторін нотаріальне посвідчення таких договорів є можливим. У будь-якому випадку, відповідно до ч. 8 ст. 10 Закону України «Про захист прав споживачів», виконавець зобов'язаний видати замовнику розрахунковий документ, що засвідчує факт надання послуги.

Після укладення договору він повинен бути скріплений підписами та печаткою медичного закладу. У тексті необхідно зазначити, що договір складається в двох екземплярах (один для медичної установи, другий – для пацієнта). Пацієнт, у свою чергу, повинен забрати другий екземпляр, оскільки це є забезпеченням його прав на виконання послуги і в разі необхідності – задля примушення лікаря чи медичного закладу виконати свої зобов'язання [53, с. 158].

Доволі поширеним в медичній практиці є укладання договорів приєднання, коли медичним закладом розробляється відповідний загальний договір, прейскурант цін (прайс), а щодо конкретного пацієнта визначається лише конкретний вид медичної послуги, що йому надається з оплатою відповідно до прейскуранту. Наприклад, публічні договори, відповідно до яких надаються медичні послуги в ТОВ «СМАРТ МЕДІКАЛ ЦЕНТР» [96], ТОВ «ТМО «Актив-Медікал» [97], ТОВ «ЕНДОТЕХМЕД» [98], тощо.

Законодавче закріплення формування договірних відносин за приєднанням до пропонованих умов фактично виключає можливість виділення оферти й акцепту при укладенні договорів приєднання. Адже умови такого договору встановлені однією стороною у формулярах або інших стандартних формах. Інша сторона, приєднуючись до запропонованих умов, практично здійснює конкретні дії, спрямовані на виконання договору відповідно до запропонованих умов. Так, наприклад, відбувається у сфері роздрібної купівлі-продажу: покупець акцептує публічну пропозицію продавця шляхом оплати відібраного товару. Іншими словами, акцепт і вчинення дій на виконання договору практично збігаються у часі [136, с. 93].

Договором приєднання є договір, умови якого встановлені однією із сторін у формулярах або інших стандартних формах, який може бути укладений лише шляхом приєднання другої сторони до запропонованого договору. Друга сторона не може запропонувати свої умови договору. Відмежування цього виду договору здійснюється за способом укладення договору. Характерною ознакою цього договору є його суб'єктний склад: однією зі сторін завжди є суб'єкт підприємницької діяльності. Договір приєднання може бути змінений або розірваний на вимогу сторони, яка приєдналась, якщо вона позбавляється прав, які звичайно мала, а також якщо договір виключає чи обмежує відповідальність другої сторони за порушення зобов'язання, або містить інші умови, явно обтяжливі для сторони, яка приєдналась. Положення, що регулюють правовий статус договорів приєднання містяться в ст. 634 ЦК України.

З'ясувати, чи є та або інша угода договором приєднання, можна за такими ознаками. По-перше, договір приєднання розробляється тільки однією стороною-учасником майбутніх правовідносин. Контрагент (партнер) може лише постфактум вирішувати, акцептувати (підписати) чи ні запропонований йому договір. По-друге, договір приєднання приймається повністю, без будь-яких застережень, винятків і заперечень. При розбіжності хоча б за однією з умов угода визнається не укладеною. Як бачимо, однією з характерних особливостей договору приєднання є виключення можливості для сторін у договорі приєднання формулювати умови, відмінні від виражених у стандартній формі або формулярі. Крім того, приєднана сторона позбавлена права заявляти при укладанні договору про розбіжності за його окремих умов [49, с. 50].

Спільною і водночас визначальною ознакою договорів приєднання є відсутність взаємного волевиявлення сторін при його укладенні. Лише одна сторона пропонує свої умови, інша — не може їх змінити, узгодити, а приймає їх такими, як їй запропоновано. Вияв волі другої сторони зводиться до погодження із запропонованими умовами або договір нею на запропонованих умовах не укладається. Іншими словами, вже на стадії укладення договору приєднання виявляється специфіка, на відміну від інших договорів, у процедурі укладення

яких відслідковується взаємний вияв волі сторін. У таких договорах, як дарування, рента, довічне утримання взаємна погодженість волі веде до встановлення договірних відносин сторін. Умови договору сторонами виробляються спільно та поки такі не будуть взаємно погоджені, договір не укладений [83, с. 72].

Як вказує С.В. Антонов, медична організація може заздалегідь розробити окремі формуляри або інші стандартні форми договорів для кожного виду медичних втручань. Особа, яка має намір отримати відповідну медичну послугу, підписуючи такий формуляр, приєднується до всіх умов (тобто до договору в цілому), що містяться в ньому, або відмовляється приєднатися до нього [32, с. 44].

Принципових особливостей такого способу укладення договору на основі формулярів кілька: формуляри розраховані на різні медичні послуги, кожна з яких може передбачати особливий формуляр, що відображає саме її специфіку; формуляри містять вказівки на специфіку надання медичних послуг саме в цій організації з використанням конкретної медичної технології, апаратури тощо; формуляри можуть містити очевидні чи приховані переваги та пільги для сторони, що їх розробила; у формулярах враховуються не тільки всі суттєві (істотні) умови, які повинні бути у такому договорі, а й додаткові умови, важливі для медичної організації [32, с. 44].

Стосовно надання медичних послуг письмовий договір як правовий інструментарій правовідносин охорони здоров'я має ряд переваг як для пацієнта, так і для закладу охорони здоров'я в цілому. Так, узагальнивши наукові погляди з приводу змісту та сутності договору про надання медичних послуг можна визначити наступні переваги укладання договору в письмовій формі:

По-перше, за відсутності договору існує можливість послатися на відсутність погодження тих чи інших умов в усній формі.

По-друге, не виключена можливість невиконання виконавцем медичних послуг підвищених зобов'язань.

По-третє, не настільки очевидна інформованість одержувача послуги про її обсяг і зміст, навіть якщо фактично інформація була надана йому з необхідною і

достатньою повнотою. Надання належної інформації — обов'язок виконавця послуг.

По-четверте, наявність договору дозволяє визнати очевидними межі послуги, особливо момент їх завершення.

По-п'яте, стосовно саме до медичної послуги, що містить можливість заподіяння фізичної шкоди, ступінь її правомірності у відсутність письмового викладення умов договору не очевидна. Тим самим виконавцю послуги згодом належить обґрунтовувати правомірність своїх дій посиланнями не на умови договору, а на фактичний результат послуги.

Підтвердженням укладення договору про надання медичних послуг в разі відсутності окремого письмового договору зазвичай є такі документи: 1) медична документація (наприклад, медична карта хворого), яка зазвичай може містити певні умови договору, наприклад, інформовану згоду пацієнта, результати діагностики, види наданих медичних послуг і їх обсяг, способи лікування, які застосовувались до пацієнта, лікарські засоби, рекомендації для пацієнта тощо; 2) проінформована згода пацієнта 3) квитанція про оплату наданих медичних послуг, яка може містити назву медичної послуги, її вартість, дату та час надання тощо. О.В. Крилова пропонує поширити на квитанцію режим договору, якщо в ній зазначено призначення платежу [80, с. 6 -7].

Договір надання медичних послуг є консенсуальним, оскільки вважається укладеним і породжує бажані для сторін правові наслідки з моменту досягнення між ними згоди по всім істотним умовам і фіксації їх в необхідній за законом формі. Таким чином, момент укладання та виконання договору можуть як збігатись в часі, так і ні. Вважаємо, що для випадків, коли момент укладання договору та його виконання (початку виконання) не збігаються в часі письмова форма є обов'язковою.

ЦК України в ст. 633 відносить договір про надання медичних послуг до публічних договорів. Публічним є договір, в якому одна сторона — підприємець взяла на себе обов'язок здійснювати продаж товарів, виконання робіт або надання послуг кожному, хто до неї звернеться (роздрібна торгівля, перевезення

транспорт, загального користування, послуги зв'язку, медичне, готельне, банківське обслуговування тощо). Підприємець не має права відмовитися від укладення публічного договору за наявності у нього можливостей надання споживачеві відповідних товарів (робіт, послуг). У разі необґрунтованої відмови підприємця від укладення публічного договору він має відшкодувати збитки, завдані споживачеві такою відмовою. Публічний договір представляє поєднання публічних та приватних засад в приватноправових відносинах, яке на сучасному етапі є цілком виправданим та необхідним. Склад публічного договору є чітко визначеним, що є однією з істотних ознак публічного договору. Відповідно до ст. 633 ЦК України – це підприємець, який виступає зобов'язаною стороною в договорі. Контрагентом підприємця виступає невизначене коло осіб – «кожен, хто до нього звернеться», – з аналізу ст. 633 ЦК України – це споживач. Аналіз ст. 633 ЦК України дав змогу зробити висновок, що її норми можуть застосовуватися до відносин, стороною в яких виступають і індивідуальні підприємці, і юридичні особи, які здійснюють підприємницьку діяльність.

Характерною ознакою публічного договору і гарантією інтересів споживачів товарів (робіт, послуг) є рівність умов такого договору відносно всіх споживачів, за винятком тих, яким за законом надані відповідні пільги. Це означає, що суб'єкт підприємницької діяльності, який здійснює публічну діяльність, не має права свавільно змінювати ті чи інші умови договору щодо різних споживачів і ставити їх таким чином у нерівне становище.

Усі споживачі є рівними у своїх правах щодо укладення публічних договорів, і підприємець, що займається публічним видом діяльності, не має права надавати перевагу щодо укладення договору одному споживачеві перед іншим, за винятком випадків, передбачених законом.

Відмова суб'єкта підприємницької діяльності від укладення публічного договору за наявності у нього можливостей надання споживачеві відповідних товарів (робіт, послуг) є незаконною і надає споживачеві право звернутися до суду з вимогою щодо спонукання підприємця до укладення договору і відшкодування завданих необґрунтованою відмовою збитків. При цьому, саме на

підприємця має покладатися обов'язок доказування відсутності в нього можливості надати споживачеві товари, роботи або послуги.

Поява в ЦК України публічного договору є наслідком позитивної тенденції в розвитку цивільного законодавства, що полягає в необхідності захисту слабкої сторони договору, якими, насамперед, є громадяни, які укладають договори з організаціями для задоволення особистих побутових потреб. Причому, говорячи про «слабкість» цього специфічного суб'єкта договору, необхідно мати на увазі, що полягає вона в економічній його слабкості стосовно контрагента за договором, що і спричиняє необхідність особливого захисту з боку законодавця [60, с. 77].

З іншого боку, такі положення навряд чи можуть бути безумовно застосовані до всіх договорів про надання медичних послуг. Окрім того, доволі спірною в контексті медичних послуг видається категорія «можливість надання» послуги. Так, враховуючи індивідуальність кожного людського організму навіть наявність в штаті закладу охорони здоров'я відповідних фахівців-лікарів не завжди свідчить про можливість надання медичних послуг належної якості у кожному конкретному випадку. Сама по собі природа медичних послуг вимагає індивідуального підходу, врахування особливостей організму, специфіки захворювання, індивідуальних протипоказань, у зв'язку із чим як характер, так і вартість послуги повинні визначатись індивідуально в кожному конкретному випадку. Звісно, це не стосується простих медичних маніпуляцій (наприклад, вакцинація) або діагностичних процедур (УЗД-обстеження, аналізи крові, тощо). Окрім того, конкретний обсяг медичних послуг визначається саме закладом охорони здоров'я (лікарем), ст. 34 Основ законодавства про охорону здоров'я передбачає право лікаря на відмову від пацієнта за умови, що такі його дії не загрожують життю хворого чи здоров'ю населення, що вже суперечить змісту публічного договору. Умовою для відмови лікаря від подальшого лікування пацієнта є невиконання пацієнтом приписів лікаря або порушення ним затверджених у лікувальному закладі Правил внутрішнього розпорядку. Одночасно з цим, слід також враховувати довірчий характер відносин між лікарем і пацієнтом, п. 3,4 Етичного кодексу Лікаря України зазначає, що підставою для

відмови лікаря від пацієнта може стати відсутність взаємної довіри між ним та пацієнтом, брак необхідних можливостей для налагодження якісного лікувального процесу та ситуація, коли лікар відчуває себе недостатньо компетентним для якісного проведення діагностичного та лікувального процесу в конкретному випадку (це не стосується випадків надання невідкладної медичної допомоги) [62]. Етичний кодекс Лікаря України не має сили нормативного документу, але вказані в ньому положення мають істотне значення для забезпечення належного надання медичної послуги, і, в цілому, захищають також інтереси пацієнта.

З огляду на зазначене, віднесення медичних послуг до публічних вважаємо недоцільним, а нормативно закріплені підстави для відмови лікаря від пацієнта доцільно розширити визначеними в Етичному кодексі Лікаря України положеннями.

Таким чином, основними формами укладання договорів про надання медичних послуг є усна та письмова. Доволі поширеним є також укладання договорів приєднання. В роботі аргументовано переваги письмової форми договору у зв'язку із чим усну форму договору доцільно допустити лише для незначних за обсягом медичних маніпуляцій та діагностичних процедур. Для будь-яких складних медичних процедур, зокрема операційних втручань доцільним видається використання саме письмової форми договору (як шляхом укладення окремого документа, так і підписання пацієнтом формуляру до договору приєднання, розробленого надавачем послуги).

Також аргументовано недоцільність безумовного віднесення договору про надання медичних послуг до публічних договорів, у зв'язку з чим пропонується вилучити посилання на послуги медичного обслуговування як на публічні договори зі ст. 633 ЦК України.

2.3. Особливості окремих видів договорів про надання медичних послуг

Договорам, які регулюють надання окремих видів медичних послуг, властива певна специфіка. Так, А.А. Герц серед інших класифікацій виділила такі види договорів про надання медичних послуг, як:

- 1) договори про надання хірургічних послуг;
- 2) договори про надання стоматологічних послуг;
- 3) договірні відносини у сфері трансплантації органів;
- 4) договори про надання терапевтичних послуг;
- 5) договори про надання акушерсько-гінекологічних та репродуктивних послуг;
- 6) договори щодо реабілітаційних послуг [50, с. 19].

Разом з цим, такий перелік можна значно розширити, включивши в нього договори про надання послуг естетичної медицини, договір надання діагностичних послуг, тощо. Особливо актуальними в умовах медичної реформи є договори (декларації) з сімейними лікарями.

Враховуючи обмежений обсяг дослідження, в межах даного підрозділу буде досліджено особливості договорів про надання послуг репродуктивної медицини, договорів про надання хірургічних послуг, послуг естетичної медицини, а також договорів з сімейними лікарями. Вибір саме цих договорів для дослідження зумовлений їх правовими особливостями, умовною новизною для української медичної практики та прогалинами в правовому регулюванні.

До договорів про надання медичних послуг належить договір про репродуктивні права фізичних осіб.

Репродуктивні права включають невід'ємні права та свободи людини, які вже визнані в національних законодавствах, міжнародних документах із прав людини й інших загальноприйнятих документах. Для реалізації своїх репродуктивних прав особа може укласти низку договорів, уніфікованої форми яких не існує. Вичерпний перелік договорів у сфері репродуктивних прав особи теж відсутній. Прикладами таких договорів є договори про надання медичних послуг із

лікування безпліддя, штучне запліднення, сурогатне материнство. Послуги з репродуктивного здоров'я включають доступ до безпечного абортів й лікування ускладнень, що є його наслідками [50, с. 21].

В. Біленко зазначає, що за відсутності системи договорів про допоміжні репродуктивні технології варто виходити з положень затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні, яким визначені такі форми лікування безпліддя:

- 1) внутрішньоматкова інсемінація спермою чоловіка або спермою донора, яка є однією з форм лікування безпліддя та може бути проведена шляхом введення підготовлених (капацитованих) спермій у порожнину матки в період овуляції;
- 2) донація гамет та ембріонів – процедура, за якою донори за письмово оформленою добровільною згодою надають свої статеві клітини-гамети (сперму, ооцити) або ембріони для використання в інших осіб під час лікування безпліддя;
- 3) сурогатне (замінне) материнство – метод лікування безпліддя, за яким сурогатна мати, не пов'язана генетично з ембріоном, перенесеним до її організму, виношує та народжує дитину в інтересах подружжя (або одного з майбутніх батьків) [38, с. 35].

Національне законодавство України не містить спеціального закону щодо захисту репродуктивних прав людини, а загальні законодавчі нормативні акти не можуть вирішити всіх питань щодо застосування репродуктивних технологій. На сьогоднішній день існує значна кількість прогалин в механізмі правового регулювання надання послуг репродуктивної медицини. Так, залишається не врегульованим граничний вік для жінок, щодо яких можуть бути застосовані методики лікування безпліддя. Відсутня процедура та порядок розпорядження замороженими (кріоконсервованими) репродуктивними клітинами у випадку, наприклад, розлучення подружньої пари, якій належать ембріони, або смерті особи, що залишила свої заморожені репродуктивні клітини. Правовий статус донорів яйцеклітин, сперми також залишається поза правовим регулюванням, в

тому числі право донорів на фінансову компенсацію та порядок її виплати, на відміну, наприклад, від донорства крові [45].

Хірургічні послуги – це комплекс дій над тканинами або органами людини, який проводиться лікарем-хірургом із лікувальною метою, а також для діагностики, корекції функцій організму, що виконується за допомогою різних способів роз'єднання та сполучання тканин.

Договір про надання хірургічних послуг є різновидом договору про надання медичних послуг. Важливим є те, що виконання цього договору вважається належним за умови надання хірургічних послуг із дотриманням вимог щодо виправданого (припустимого) ризику хірургічної діяльності, яка може заподіяти шкоду для особи.

Існування професійного медичного ризику зумовлене неможливістю гарантування при наданні хірургічних послуг результату такої діяльності на підставі ймовірнісного характеру біологічних параметрів функціонування людського організму. За умов виправданого ризику належними потрібно вважати дії лікаря з реалізації найбільш відповідного способу лікування пацієнта й із «максимальним докладанням зусиль» у досягненні іншого позитивного результату, відповідно до стандартів надання хірургічних послуг, що встановлюють загальновизнані правила та прийоми надання конкретного виду хірургічної допомоги [50, с. 19].

В Україні до сьогодні залишається не розв'язаним на законодавчому рівні питання про включення до переліку лікарських спеціальностей пластичної хірургії. Не затверджено також і клінічних стандартів і протоколів за цією спеціальністю. Тому юридично цей розділ хірургії не існує. Попри ці обставини, пластична хірургія інтенсивно розвивається. Це підтверджує й кількість закладів охорони здоров'я, які пропонують послуги з пластичної хірургії.

Щодо проблем, з якими стикаються на практиці при укладення такого договору, можна виділити дві групи проблем, а саме: 1) загальні проблеми (з якими стикаються всі громадяни-споживачі медичних послуг); 2) спеціальні

проблеми (з якими стикаються громадяни-споживачі медичних послуг у галузі естетичної хірургії).

Так, до загальних проблем належать такі: некоректне визначення предмета договору про надання медичної послуги; помилки у визначенні правового статусу сторін (нерідко в договорах не передбачають один із компонентів, як правило, права сторін); неможливість запропонувати власні умови договору. Договір про надання медичних послуг зараховують до публічних договорів.

Так, наприклад, особливими є договори про надання медичних послуг в сфері косметології та пластичної хірургії. Косметологічне обслуговування можна визначити як діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері надання косметологічних послуг, що не обов'язково обмежується косметологічною допомогою. Отже, косметологічна послуга – це діяльність, спрямована на профілактику, діагностику, лікування косметологічних дефектів, що проявляються у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, та відповідну реабілітацію, а також іншу діяльність, зокрема ту, яка спрямована на усунення, маскування косметологічних дефектів, які не пов'язані із хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також на задоволення інших естетичних потреб.

Оскільки косметологія має справу із зовнішнім виглядом тіла людини, то косметологічний дефект – певне, зумовлене різного роду факторами, відхилення від уявлень суспільства або конкретного індивіда про те, яким повинен бути зовнішній вигляд тіла людини.

Послуги в пластичній хірургії можуть здійснюватися відповідними медичними закладами та фізичними особами-підприємцями, за умови їх належної кваліфікації.

Слід виділити такі особливості послуги в пластичній хірургії:

- це діяльність, яку можуть здійснювати лише певні суб'єкти;
- ця діяльність здійснюється для задоволення естетичних потреб;

–результатом послуги в пластичній хірургії виступає певна зміна зовнішнього вигляду тіла людини (його частини);

–результат послуги в пластичній хірургії не завжди може бути гарантований особою, яка її надає, оскільки: деякі косметологічні послуги вимагають належних дій з боку особи, яка звернулася за наданням послуги, а також тому, що індивідуальні властивості кожного людського організму не завжди можна до кінця врахувати; більше того, не завжди можна зрозуміти дійсні побажання особи і її уявлення щодо результату послуги в пластичній хірургії [53, с. 158].

На сьогодні досить складно практично встановити межу між послугою в пластичній хірургії та іншими суміжними медичними послугами. Так, Перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах у старій редакції хірургічну корекцію відносив до косметологічної допомоги [20]. Хірургічна операція, хірургічне втручання або оперативне втручання – комплекс впливів на тканини або органи людини, що проводяться лікарем з метою лікування, діагностики, корекції функцій організму, виконуваний за допомогою різних способів роз'єднання, переміщення і з'єднання тканин [143]. Відтак, невиправданим є віднесення будь-якого хірургічного втручання до косметологічних послуг. Тому популярне сьогодні лазерне видалення судин і т.п., яке пропонується як косметологічна послуга, важко таким назвати. В Державному класифікаторі видів економічної діяльності 009:2010 в класі 86.22 виділено клас «Спеціалізована медична практика», що передбачає медичне консультування та лікування у сфері спеціальної медицини лікарями-спеціалістами та хірургами. Відповідно, до медичних послуг відносяться процедури, пов'язані з введенням речовин в порожнину організму різними способами (ін'єкційно, природними шляхами, тощо), що передбачають пошкодження шкірного покриву і слизової оболонки, а також вимагають застосування медичного обладнання та інструментів. До них відносяться всі види пластичних операцій, апаратна косметологія, мезотерапія, ін'єкції ботокса і силікону, епіляція, пілінг, ліпоксация,

гідроколонотерапія та ін. Такі процедури проводяться особами з медичною освітою [74].

Проблема розмежування косметологічної послуги від інших медичних послуг існуватиме, допоки не буде врегульовано на законодавчому рівні питання надання різних видів медичних послуг. Таке врегулювання, окрім можливого вирішення цієї теоретичної проблеми, вирішить проблему правового вакууму у цій сфері [53, с. 157].

Законодавство України майже не регулює сферу пластичної хірургії і їй приділяється мало уваги. Відсутній закон про пластичну хірургію, який би встановлював загальні вимоги до естетичного хірурга. Тому цією діяльністю займаються хірурги різних спеціальностей – загальні хірурги, онкохірурги, щелепно-лицьові хірурги та інші. Потенційний пластичний хірург повинен мати сертифікат про спеціальність хірурга. У разі, якщо пацієнт бажає провести операцію, наприклад, із видозміни форми носа чи молочних залоз, то хірург повинен підтвердити своє право на проведення такої операції посвідченням про проходження курсів вдосконалення з певного розділу пластичної хірургії (наприклад, пластичної хірургії обличчя або пластичної хірургії молочних залоз, відповідно).

Відтак, договір про надання послуг у пластичній хірургії можна визначити як домовленість, за якою одна сторона (виконавець) зобов'язується за завданням другої сторони (замовника) із дотриманням законодавства про охорону здоров'я надати послугу в пластичній хірургії, яка може полягати у профілактиці, діагностиці, лікуванні косметологічних дефектів, що проявляються у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, та відповідній реабілітації; усуненні, маскуванні косметологічних дефектів, які не пов'язані із хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами; задоволенні інших естетичних потреб, а замовник зобов'язується оплатити виконавцеві зазначену послугу, якщо інше не встановлено договором або законом [53, с. 157].

Слід виділити і спеціальну проблему, характерну для надання послуг з естетичної хірургії: результат наданої медичної послуги (навіть за умови її

належного надання) може не відповідати очікуванням пацієнта. Це твердження можна застосовувати до характеристики будь-якої медичної послуги, проте найбільш актуальним воно є саме для сфери естетичної хірургії. Саме тому під час укладення договору про надання медичної послуги в цій сфері пацієнт зобов'язаний детально з'ясувати всі деталі медичного втручання й узгодити з лікарем очікуваний результат і можливі ризики.

На сьогоднішній день в межах медичної реформи відбувається підписання договорів (декларацій) з сімейними лікарями, терапевтами та педіатрами. Специфікою даних договорів є те, що вони укладаються не з метою надання конкретної послуги, а з метою постійного медичного обслуговування пацієнта в межах, визначених законодавством.

Лікаря необхідно обирати на свій розсуд. Залежно від того, наскільки ви задоволені його послугами (якістю, знаннями, уважністю, ввічливістю тощо) та зручністю [37, с. 27].

Основний спосіб заповнення декларації — Електронний: уповноважена особа закладу первинної медичної допомоги вносить дані пацієнта в систему, після чого роздруковує декларацію, яку пацієнт підписує у двох примірниках. Після цього уповноважена особа медичного закладу накладає електронний цифровий підпис працівника юридичної особи на декларацію та надсилає її в систему «Електронне здоров'я». Інформація про стан здоров'я пацієнта буде міститися в електронній системі охорони здоров'я. Навіть коли пацієнт перейде до іншого лікаря, вся інформація буде доступна. Головний обов'язок лікаря первинної медичної допомоги – вчасно попередити або виявити захворювання на ранній стадії.

Від сімейного лікаря кожен підписант договору з ним матиме право вимагати надання наступних медичних послуг:

1. спостереження за станом здоров'я пацієнта;
2. діагностику та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, ускладнень під час вагітності;
3. супровід пацієнта з хронічними захворюваннями;
4. надання невідкладної допомоги;

5. направлення пацієнта для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) меддопомоги;
6. проведення профілактики (вакцинації, оглядів та досліджень пацієнта з групи ризику) [82].

При цьому, в разі укладання нового договору з лікарем ланки первинної медичної допомоги попередній анулюється автоматично, з моменту внесення нового договору в електронну систему.

Отже, за результатами проведеного дослідження зроблено наступні висновки:

- ЦК України доцільно доповнити окремою главою «Договори про надання медичних послуг» Підрозділу 1 (Договірні зобов'язання) Розділу III (Окремі види зобов'язань) куди включити гарантії якості послуг, умови настання відповідальності, доцільно передбачити обов'язкове страхування відповідальності виконавця. В роботі запропоновано примірну структуру даної глави;

- запропоновано наступне нормативне визначення форми договору про надання медичних послуг: «Договір про надання медичних послуг укладається в письмовій формі, в тому числі шляхом підписання пацієнтом формуляру про приєднання до стандартного договору закладу охорони здоров'я. В усній формі можуть укладатись договори про надання простих медичних послуг та діагностичний процедур, які виконуються безпосередньо в день звернення пацієнта»;

- аргументовано недоцільність безумовного віднесення договору про надання медичних послуг до публічних договорів, у зв'язку з чим пропонується вилучити посилання на послуги медичного обслуговування як на публічні договори зі ст. 633 ЦК України;

- аргументовано неприпустимість неліцензованого надання окремих косметологічних послуг в межах діяльності салонів краси. Доводиться належність таких послуг саме до медичної сфери, а, відповідно, необхідність їх проведення закладами охорони здоров'я.

- аргументовано прийняття спеціальних законів, зокрема «Про застосування репродуктивних технологій», «Про естетичну та косметологічну медицину» з метою подолання прогалин в даній сфері.

РОЗДІЛ 3

НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: ЗАРУЖНИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД

3.1. Зарубіжний досвід регулювання надання медичних послуг

Початок 90-х років минулого століття став кризовим для охорони здоров'я не лише вітчизняного, але і багатьох розвинутих країн світу. Зарубіжні системи охорони здоров'я також не витримали фінансової навантаження зростаючих потреб населення у медичному обслуговуванні [123, с. 398].

У Фінляндії існує система охорони здоров'я, яка фінансується за рахунок оподаткування, при якій велика частина медичних послуг надається державними медичними установами. Уряд бере участь у плануванні, контролі та фінансуванні (приблизно на 50 %) служб охорони здоров'я. Самоврядні муніципалітети, що обираються на демократичній основі, мають право стягувати місцеві податки і можливістю перерозподіляти державні субсидії з урахуванням місцевих потреб і політичних міркувань, а також несуть юридичну відповідальність за медичне обслуговування [111, с. 73].

Швеція є прикладом країни, в якій існує бюджетна система охорони здоров'я, а відповідальність за фінансування та організацію відповідних служб передана на регіональний адміністративний рівень, де діють 26 демократично обраних місцевих рад. Ці ради отримують частину своїх доходів за рахунок урядових субсидій і національної системи соціального страхування та мають право безпосередньо стягувати з населення прогресивний прибутковий податок, тобто зі збільшенням доходу особи росте відсоток податку, який така особа сплачує. Місцеві ради фінансують більшу частину лікарняних послуг, у тому числі оплачують роботу лікарняних лікарів за рахунок коштів з місцевих бюджетів.

Переважно страхова модель охорони здоров'я зберігається і успішно функціонує в таких країнах, як Нідерланди, Австрія, Бельгія, Швейцарія,

Люксембург, Німеччина, Франція [111, с. 80]. Роль держави у такій системі обмежена. Уряд визначає перелік основних послуг, які повинні надаватися застрахованим громадянам; встановлює групи населення, які повинні бути застраховані; регулює величину страхового внеску; вирішує спірні питання і визначає «правила гри».

У Німеччині діє одна з найбільш розвинених систем соціального медичного страхування. Вона була введена в 1883 році Бісмарком, і в даний час нею охоплено понад 90 % населення (8 % охоплено приватним медичним страхуванням та за 2 % незаможних платить держава). Ця система забезпечує необхідною медичною допомогою у разі захворювання всіх застрахованих осіб і охоплює переважну частину населення. Важливою рисою системи соціального страхування Німеччини є переважно децентралізований характер фінансування. Основна частина податкових вилучень є джерелом фінансування різних місцевих програм. Центральні органи влади лише додають кошти територіальним фондам. Фонди медичного страхування країни є приватними некомерційними організаціями, структура яких визначена законодавчо. Їх число приблизно 1 100, і вони організовані за професійним, регіональним, територіальною ознакою або за належністю до конкретного підприємства. Внески у фонди обов'язкового медичного страхування залежать від рівня доходу і вносяться за фіксованою ставкою як роботодавцями, так і працівниками (50 : 50). Але ставка внеску може варіювати в залежності від фонду, що обумовлено відмінностями в ступені ризиків, до яких схильні їх члени [111, с. 206].

У Бельгії раніше, ніж в інших країнах, була введена практика дотацій для оплати медичного обслуговування. Але система медичного страхування також входить в систему соціального страхування. Фінансування страхування здоров'я здійснюється з Єдиного бюджетного соціального фонду. Основним типом страхових організацій є Фонди взаємодопомоги, які мають вертикальну структуру. У ній передбачено делегування функцій і повноважень від нижніх до верхніх рівнів самоврядування. У системі медичного страхування працює шість загальнонаціональних спілок страхових фондів.

Для нашої країни особливо цінний досвід Канади та США.

Так, зокрема, в Канаді діє система Medicare – це державний сервіс і кожна провінція має свою програму медичного страхування. Загалом програми сильно не відрізняються, але існує певні особливості в оплаті: наприклад, в деяких провінціях виплачується щомісячний внесок на медичне страхування. У будь-якому випадку, новоприбулим іммігрантам необхідно якомога швидше оформити Картку медичного страхування – Health Insurance Card — це пластикова картка з вашою фотографією, підписом, номером страховки і домашньою адресою. Health Insurance Card, як і водійські права, є документом, що засвідчує особу. Вона видається кожному члену сім'ї, навіть дітям [64].

Для отримання Health Insurance Card необхідно заповнити форму-заяву, бланк можна отримати в поліклініці, лікарні, в аптеці або Організації допомоги іммігрантам. При собі потрібно мати ID-документ (паспорт) і Confirmation of Permanent Residence (IMM 5292), або Permanent resident Card. Система ОМС охоплює все населення Канади з 1914 р. і управляється централізовано. Кожна з 9 провінцій має свою систему ОМС, в якій визначаються два напрямки: страхування для лікарняного і для амбулаторного обслуговування. Система охорони здоров'я Канади в основному спирається на терапевтів первинного медичного догляду, які становлять близько 51% всіх практикуючих лікарів в Канаді. Вони є передавальною ланкою між пацієнтом і формальною системою охорони здоров'я, і контролюють доступ до більшості лікарів-фахівців, лікарняного догляду, діагностичних перевірок і виписуються за рецептом ліків. Такого сімейного лікаря можна змінювати необмежену кількість разів за порадою знайомих і зміни настрою.

Більшість лікарів мають свою власну приватну практику і насолоджуються високим ступенем автономії. Багато лікарів працюють в лікарнях або місцевих оздоровчих центрах (в провінції Квебек існують поліклініки). Лікарям приватної практики держава оплачує послуги в залежності від наданої допомоги, причому плату такі лікарі отримують безпосередньо з бюджету провінції або території.

Терапевти, які не мають приватної практики, отримують або встановлений оклад, або плату в залежності від кількості наданих медичних послуг.

Коли канадці потребують медичного догляду, вони звертаються до лікаря-терапевта або в клініку за своїм вибором і пред'являють картку медичного страхування, яка видається всім громадянам і жителям країни. Канадці не сплачують безпосередньо за надані медичні послуги, і їм не потрібно заповнювати різні форми на послуги, що покриваються страховим полісом.

Стоматологи працюють незалежно від системи охорони здоров'я, крім тих випадків, коли потрібна невідкладна допомога хірурга-стоматолога. Аптеки теж є незалежними від держави організаціями.

Понад 95% всіх канадських лікарень працюють за принципом приватних некомерційних організацій, керованих місцевою радою директорів, організаціями добровольців або муніципалітетами. На додаток до загальнодержавної системи медичного страхування, провінції і території також забезпечують медичним обслуговуванням ту частину населення, яка потребує додаткових медичних послугах – літніх людей, дітей і безробітних. Ці додаткові пакети медичних послуг часто включають безкоштовні ліки, стоматологічну допомогу, послуги окуліста, різні пристосування для інвалідів (протези, крісла-каталки і т. д.) та інше [64].

Хоча провінції і території забезпечують додатковими послугами деякі верстви населення, ця сфера послуг знаходиться в приватному секторі, а значить, жителі країни безпосередньо оплачують їх з власної кишені. Розумним у такому випадку є придбання страховки, яка покриває більшу частину витрат на послуги стоматолога, окуліста і т. д. Такі страховки часто включають в компенсаційний пакет, який пропонується поряд із заробітною платою. При переїзді з однієї провінції в іншу жителі Канади, як і раніше, можуть розраховувати на безкоштовне медичне обслуговування.

Однією з найважливіших завдань країн є розширення кола осіб, охоплених державними програмами, так як в даний час багато працівників не мають доступу до безкоштовної допомоги. Крім того, існує значна різниця в доступності

безоплатної медичної допомоги для проживаючих в містах та у сільських регіонах. Медична допомога надається приватними або державними медичними установами. У першому випадку вона оплачується пацієнтами, а потім деяким з них відшкодовується частина витрат, у другому – ті, хто має право, отримують безкоштовну медичну допомогу за рахунок соціального страхування та бюджету. Привабливість ОМС полягає в його принципах солідарності, коли багаті субсидують бідних, а здорові – хворих. Досвід країн доводить популярність ідеї загального ОМС як системи, що забезпечує доступну, в основному безкоштовну кваліфіковану медичну допомогу всім громадянам, незалежно від рівня їх доходів. У більшості країн амбулаторна допомога є основою медичної допомоги. У деяких з них пацієнти мають можливість вибору лікаря. Лікарняна допомога малодоступна, так як число лікарень обмежено і вартість лікування досить висока. Фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок внесків і платежів роботодавців і працівників, у ряді країн держава вносить частину коштів з бюджету.

Процеси, що відбувалися в американській системі охорони здоров'я, носять дещо складніший, комплексний характер.

По-перше, спостерігається якісний стрибок у зростанні витрат на охорону здоров'я щодо інших потреб, практично в п'ять разів. Проте збільшення витрат не призвело до пропорційного зростання якості надаваних послуг. Більше того, зростання витрат на охорону здоров'я випереджає зростання доходів і супроводжується негативними демографічними тенденціями.

По-друге, існує проблема, характерна для приватного страхування-страхові компанії схильні до дискримінації щодо клієнтів, що знаходяться в зоні ризику, і прагнуть до мінімізації своїх збитків по страхових виплатах.

По-третє, впровадження елемента універсальності, всеохоплюваності, і обов'язковості вже досить давно є полем для політичної гри між республіканцями і демократами, що веде до виникнення політичної заангажованості даної теми та активного її використання в пропагандистських цілях, спотворюючи загальну

картину і викликаючи поляризацію суспільства на прихильників і противників за політичною ознакою [124].

Також варто відзначити, що система американського охорони здоров'я часто критикувалася за відсутність соціальної справедливості в підході до надання медичних послуг, а також у зв'язку з великою кількістю незастрахованих. Причому варто відзначити, що навіть такі федеральні програми, як Medicaid, виявилися нездатні вирішити цю проблему – доходи багатьох з незастрахованих лише незначно перевищують позначений поріг бідності, нижче якого можливе отримання допомоги. Крім того, високий рівень децентралізації в американських політичних практиках веде до того, що в кожному штаті виникає свій поріг бідності, після якого можна розраховувати на підтримку з боку цієї програми.

По суті, для виправлення ситуації і вирішення зазначених проблем потрібно відрегулювати систему загального медичного страхування, таким чином створивши конкуренцію між приватним сектором і державним, тим самим сприяючи демонополізації (однією з проблем страхових ринків в США була деяка обмеженість постачальників страхових послуг, що веде до підвищення цін на страховку) завдяки наявності державних послуг зі страхування з твердими цінами. Наявність типового державного страхового плану також сприяла б стандартизації надаваних послуг і здійснення страхових практик.

Перші кроки в напрямку реформ були зроблені в 1965 році допомогою впровадження двох федеральних програм, які отримали назви Medicare і Medicaid. Втім, потрібно розуміти складність місцевих реалій і тому ці програми складно назвати навіть напівзаходами. Medicare не є обов'язковою формою страхування, здійснюючись на добровільній основі щодо старшої вікової групи (від 65 років), а з 1975 року також і щодо інвалідів.

Obamacare – перша з 1965 року масштабна реформа в сфері охорони здоров'я, що передбачає загальне медичне страхування. Офіційна назва прийнятої в 2010 році Obamacare — реформа охорони здоров'я і захисту пацієнтів (Patient Protection and Affordable Care Act) [138]. Станом на 2009 рік майже 50 млн американців не мали медичної страховки, і, за словами президента Барака Обами,

реформа проводилася з метою допомогти більшій кількості громадян отримувати медичні послуги та медикаменти за рахунок страхування і отримати поліс навіть при наявності діагностованих захворювань [121]. Реформа передбачала крім введення обов'язкової медичної страховки збільшення її доступності і поліпшення її якості. При цьому для малозабезпечених громадян передбачені субсидії. Основними напрямками реформи стали зміни страхових практик, розширення зони покриття медичного страхування, і розширення субсидування.

Найголовніший момент полягає в тому, що медична страховка стала обов'язковою. Це означає, що кожна людина, що живе в США, зобов'язана мати медичну страховку, зобов'язана її оформити, якщо роботодавець не надає, або якщо до цього часу така страховка не була оформлена. У разі, якщо людина цього не робить, передбачено штраф. Зміни до практики страхової діяльності включали в себе наступні елементи. По-перше, посилення контролю і забезпечення «прозорості» діяльності страхових агентів (стандартизація страхових планів, система експертних перевірок, публікація вартості послуг виконавців і публічне обґрунтування цінової політики страхових агентів). По-друге, заборони дискримінації у наданні послуг, або на відмову в здійсненні страхових виплат на підставі будь-якого соціального показника за винятком вікового. По-третє, створення бірж страхових планів для малого бізнесу і простих громадян.

Додаткове субсидування зачіпало в першу чергу програми Medicare і Medicaid, а також здійснення додаткових субсидій малому бізнесу на покупку страхових планів. Розширення покриття медичного страхування передбачало як збільшення порогу доступності за програмою Medicaid, так і систему штрафів за неучасть (тим не менше, ці штрафи не перевищували середню вартості страхування, так само як і не позбавляли можливості застрахуватися в майбутньому). Обамасаре накладає жорсткі правила на страхові плани. Це різко збільшує витрати страхових компаній. Автори Обамасаре сподівалися на те, що ці витрати будуть компенсуватися припливом нових клієнтів з хорошим здоров'ям. Вони рідко звертаються до лікаря, тому витрати страхових компаній на таких клієнтів невеликі. Таким чином, нові клієнти з хорошим здоров'ям будуть

покривати нові витрати страхових компаній. Але ці надії не виправдалися. Тому страхові компанії втрачають гроші. За неповними даними, близько 290 страхових планів, пропонованих на страхових біржах Obamacare, виявилися збитковими [58].

За даними страхових компаній, близько 60% медичних витрат викликано неправильним способом життя, який домінує серед незаможних людей. Вони ведуть малорухливий спосіб життя. Їх дієта складається з жирної їжі. Вони споживають мало зелені і фруктів. Ці люди переїдають і багато курять. Тому ожиріння і цукровий діабет дуже поширені серед них. Здоровий спосіб життя можна вести і при невеликому доході. Активні фізичні навантаження і відвідування тренажерних залів не вимагає багато грошей. Однак люди з незаможного прошарку населення воліють купувати солодощі й цигарки, а після роботи проводити час перед телевізором, попиваючи пиво і поглинаючи попкорн. Гроші, витрачені на солодощі, сигарети, пиво і попкорн, можуть бути витрачені на більш здорову їжу і відвідування клубів здоров'я [58].

Obamacare не спрямований на подолання цих шкідливих звичок. Медична реформа демократів карає здорових людей, змушуючи їх купувати страхові плани з непотрібним їм медичним покриттям.

Страхові внески і страхові відрахування Obamacare стрімко зростають. Це змушує людей купувати дешевші страхові плани з гіршим покриттям. В результаті медична допомога погіршується і стає проблематичним зберегти здоров'я на хорошому рівні. Ніхто не може зробити всіх однаково здоровими. Тому демократи намагаються зробити всіх однаково нездоровими. Це і є «боротьба з нерівністю в області здоров'я» на переконання лівих. Державні субсидії, передбачені Obamacare, негативно впливають на зайнятість, змушуючи власників медичних страховок працювати або менше, або на малооплачуваній роботі. Адже чим менше заробіток, тим вища ймовірність отримання високих субсидій. Тому для багатьох вигідніше заробляти менше [58].

Таким чином, навіть розглядаючи сучасну ситуацію, викликану приходом в Білий дім нової команди, і початок процедури скасування Obamacare

республіканцями, можна прийти до висновку, що все далеко не так однозначно. Найбільш імовірними кроками буде спроба зменшення податкового тягара за рахунок скорочення субсидування, а також скасування найбільш спірних положень (наприклад, системи штрафів). Також не можна не відзначити, що якщо прийняття реформ, подібних Обамасаре (наприклад, нереалізовані ініціативи часів колишніх часів), супроводжувалося агресивною політичною боротьбою з активним використанням таких практик як filibuster, то і процес скасування зустрине опір, а кінцеве рішення буде носити компромісно-половинчастий характер [145].

Разом з тим, ситуація Обамасаре є вкрай показовою щодо реальних проблем запровадження загальнообов'язкової системи медичного страхування без належного формування повної інституційної системи (в тому числі страхових компаній, як державних так і приватних) для належного її забезпечення.

Проблема охоплення населення медичними послугами є досить гострою при нерівномірному розподілі населення по території. Дана проблема найбільш актуальна для країн зі слаборозвиненою транспортною інфраструктурою, наприклад, Російська Федерація. З подібною проблемою також стикається ряд інших країн, таких як Канада, Австралія, США (Аляска). У цих країнах рівень розвитку охорони здоров'я в залежності від території сильно розрізняється. Створення медичних установ у віддалених районах часто є економічно необґрунтованим, тому доцільно вводити в широку практику мобільні медичні пункти і засоби доставки пацієнтів.

Багато економістів досі не можуть прийти до єдиної думки щодо оптимальної частки приватного та державного секторів в наданні медичних послуг. Так, у звіті сера Дерека Уелнесса, опублікованому в 2002 р. і підготовленому спеціально для Міністерства охорони здоров'я Сполученого Королівства, піддано критиці індивідуальне страхування [146, с. 19], так як ця система «несправедлива», зважаючи на те що небагаті люди не можуть дозволити собі лікування. Систему характеризують високі витрати на управління і неможливість контролю витрат. У дослідженні також негативно оцінюється використання системи «готівкових виплат», так як це призведе до

несправедливості і регресивності. У дослідженні згадується про те, що медичним установам варто було би брати плату за додаткові послуги, такі як телевізор і телефон в палаті. Сер Уелнесс також рекомендує уряду пропонувати пацієнтам більший вибір додаткових послуг, які забезпечують пацієнтам комфорт за додаткову плату.

Нові медичні технології, безсумнівно, дозволять підвищити ефективність надання медичних послуг, але вартість нових способів діагностики і лікування неминуче перевищить зекономлені кошти. Лікарі будуть більш успішно лікувати пацієнтів, тим самим продовжуючи їм життя і збільшуючи число людей, що потребують медичних послуг. Таким чином, протягом наступного десятиліття на порядку денному буде стояти протиріччя між соціальною та економічною складовими медичних послуг.

3.2. Проблеми правового регулювання надання медичних послуг в Україні

Як зазначають окремі автори, наприклад, О. Борисенко [39], враховуючи багатоаспектний та комплексний характер проблем системи охорони здоров'я в Україні, реформа відповідної державної політики має одночасно вирішувати такі завдання:

1. забезпечення розвитку медицини та насичення її достатньою кількістю кваліфікованих кадрів;
2. акумулювання достатніх коштів для фінансування системи охорони здоров'я, їх ефективного перерозподілу та відповідального використання;
3. покращення якості державного управління у сфері охорони здоров'я, передусім за рахунок викорінення корупції, незаконної практики поборів із громадян у медичних закладах другого і третього рівня; підвищення фінансової відповідальності керівництва Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, державних служб та медичних закладів;

4. розроблення та практичної апробації стандартів медичних послуг з позицій як найсучасніших знань у медичній галузі, так і соціальних вимог: доступності, повноти та ефекту якості медичних послуг для населення;

5. формування економічного механізму системи охорони здоров'я, який відповідає принципам соціальної доступності та інклюзії, безпосередньої безоплатності та справедливості.

Реформу, що не дає можливості гарантувати одночасне вирішення зазначених завдань та не спирається на превентивний суспільний консенсус з цього приводу, слід вважати передчасною, відомчою чи кон'юнктурно орієнтованою, а також такою, що дискредитує ідею формування європейських умов сталого людського здоров'я в Україні [126].

На сьогоднішній день особливо актуальним є впровадження системи обов'язкового медичного страхування в Україні. Впровадження обов'язкового медичного страхування без створення відповідних економічних і політичних передумов у суспільстві може з'явитися безліч проблем. Обов'язкове медичне страхування неможливо запровадити в Україні за короткий проміжок часу, враховуючи сучасний стан охорони здоров'я.

Перш за все, процес впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні є доволі проблематичним, насамперед з погляду фінансування. Основним джерелом у страхуванні є страхові внески, основну частину яких сплачує працююче населення. Розмір цього внеску прогнозується в межах 5-7% заробітної плати. Запровадження обов'язкового медичного страхування призведе до збільшення нарахувань на фонд оплати праці і може призвести до поширення використання роботодавцями тіньових схем виплати заробітної плати та гальмування її зростання [92].

Необхідна умова для функціонування загальнообов'язкового державного медичного страхування – виведення офіційної заробітної плати працівників із «тіні», оскільки значна частина роботодавців, поряд із офіційною заробітною платою, величина якої становить законодавчо встановлений мінімум, виплачують і неофіційну частину заробітної плати, уникаючи у такий спосіб навантаження на

фонд оплати праці.

Так, важливим питанням є розмір внесків, що сплачуватимуться до відповідного фонду, та наявність пільг для осіб з низькими доходами. Враховуючи різні рівні заробітних плат, Україна повинна застосувати диференціальний підхід до визначення розмірів внесків, надаючи пільги соціально незахищеним категоріям населення та особам з низькими доходами [92].

Так, про відсутність перспектив впровадження ОМС за рахунок внесків страхувальників свідчить наднизький темп росту добровільного медичного страхування. При цьому, рівень виплат медичного страхування зростає швидше, за рівень страхових надходжень (премій), що робить даний вид страхування економічно непривабливим для страхового ринку.

Таблиця 3.1.

Стан ринку медичного страхування в Україні
(складно автором на основі даних [130])

		9 міс. 2016	9 міс. 2017	Темп приросту, млн. грн.	Темп приросту, %
Структура страхових премій	Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	1 758,6	2 025,5	266,9	15,2
	Страхування медичних витрат	524,3	634,4	110,1	21,0
Структура страхових виплат	Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)	947,5	1 196,5	249,0	26,3
	Страхування медичних витрат	155,9	195,3	39,4	25,3

Загальна умова ОМС – цілісність усієї системи, яка передбачає домінування одного каналу надходжень коштів. У класичній моделі ОМС основним джерелом

надходжень є податок на заробітну плату, а роль бюджетів усіх рівнів зводиться до виділення порівняно невеликих субсидій.

За таких умов обсяг фінансових ресурсів несуттєво залежить від загальних бюджетних надходжень.

Тому держава повинна більше вкладати коштів у розвиток медичної галузі, оскільки існуюче обладнання застаріле, необхідно шукати інвесторів, щоб закупити сучасне медичне технологічне устаткування для діагностики та лікування. Щоб медичне страхування в Україні гарантувало кожному право на належне медичне забезпечення, на думку окремих авторів, зокрема Г. Бідник, необхідно здійснити багато заходів:

- зробити деякі послуги державних медичних закладів платними для акумуляції коштів на оновлення медичного обладнання;
- здійснити реструктуризацію лікувальних закладів з урахуванням потреб кожного регіону;
- посилити контроль над якістю медичних послуг, провести акредитацію медичних закладів;
- удосконалити систему державного контролю за цінами та якістю фармацевтичної продукції;
- підвищити заробітну плату лікарям відповідно до рівня кваліфікації та професіоналізму з метою усунення хабарництва у медичній галузі;
- запровадити обов'язкові щорічні медичні огляди громадян з метою профілактики важких захворювань;
- розробити проект закону щодо медичного страхування, який би враховував усі особливості української економіки та стан медичної галузі;
- зробити медичне страхування доступним для кожного громадянина [34, с. 269].

В цілому з даним переліком можна погодитись. Певну дискусійність зберігає положення щодо запровадження платних медичних послуг. Так, відповідно до ст. 49 Конституції України медична допомога у державних та комунальних закладах охорони здоров'я надається безоплатно [1].

Конституційний суд в своєму рішенні від 29 травня 2002 року №10/рп/2002 трактує це положення таким чином, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу. Безоплатність медичної допомоги тлумачиться як відсутності для всіх громадян обов'язку сплачувати за надану їм медичну допомогу як у момент, так і до чи після її отримання [103]. Конституційний суд у своєму рішенні також зазначає, що у закладах за окрему плату можуть надаватись лише медичні послуги, які виходять за межі медичної допомоги. Таким чином, в Україні декларується доктрина безкоштовної медицини, за винятком обмеженого переліку «медичних послуг», які виходять за межі «медичної допомоги».

Одночасно з цим, ст. 95 Конституції України закріплюються засади справедливого і неупередженого розподілу суспільного багатства між громадянами і територіальними громадами при побудові бюджетної системи [1]. При тлумаченні статті 95 Конституції України у своїх рішеннях Конституційний Суд України неодноразово висловлював правову позицію стосовно обмеженості державних гарантій економічними можливостями держави:

1. У рішенні від 26 грудня 2011 року № 20-рп/2011 встановлено, що передбачені законами соціально-економічні права не є абсолютними та залежать від соціально-економічних можливостей держави [102];
2. У рішенні від 25 січня 2012 року № 3-рп/2012 передбачено, що забезпечення загальносуспільних потреб у сфері соціального захисту за рахунок коштів Державного бюджету України здійснюється виходячи з фінансових можливостей держави, яка зобов'язана справедливо і неупереджено розподіляти суспільне багатство між громадянами і територіальними громадами та прагнути до збалансованості бюджету України [104].
3. У рішенні від 8 жовтня 2008 року № 20-рп/2008 Конституційний Суд України вказав, що види і розміри соціальних послуг та виплат встановлюються державою з урахуванням фінансових можливостей [105].

Таким чином у рішеннях Конституційного Суду України послідовно простежується позиція, згідно якої державні гарантії не можуть бути

абсолютними та обмежуються наявними в державі ресурсами. Отже, вважаємо, що запровадження платності додаткових медичних послуг не пов'язаних із усуненням станів, небезпечних для життя пацієнта (медичною допомогою) в цілому не суперечитиме гарантованим Конституцією правам.

Крім фінансових, виникають також правові проблеми. Так, Конституція України декларує безоплатність медичної допомоги населенню у державних та комунальних медичних закладах, тому виникає питання щодо суперечності запровадження загальнообов'язкового медичного страхування цьому положенню.

Відповідно до рішення Конституційного Суду України, стягнення обов'язкових страхових платежів з громадян не відповідатиме конституційному припису щодо безоплатності медичної допомоги [103]. Однак можливе запровадження державного медичного страхування у тому випадку, якщо платниками обов'язкових страхових внесків будуть суб'єкти господарювання, а не застраховані фізичні особи.

У 2017 р. розпочався перехід на страхову модель системи охорони здоров'я в Україні. Згідно з розпорядженням КМУ від 30.11.2016 року №1013-р затверджено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, якою передбачено перехід системи охорони здоров'я України до фінансування на основі моделі державного солідарного медичного страхування громадян з використанням для цього коштів, акумульованих у державному бюджеті [17]. Концепція реалізовуватиметься у 3 етапи: підготовчий етап (2017 р), етап впровадження (2018-2019 рр.) та етап інтеграції (2020 р).

Таблиця 3.2

Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України

(складено автором на основі Концепції [17])

Напрями реформ	Характеристика	Результат від реформи
Державний гарантований пакет медичних послуг	Замість декларації про надання всієї медичної допомоги безоплатно держава бере чітке зобов'язання надавати визначений обсяг медичних послуг. Медичні послуги в межах гарантованого пакету надають постачальники всіх	Обмежені ресурси ідуть на гарантовані медичні послуги, зменшуються неформальні платежі, зростає якість медичної допомоги, взаємна відповідальності пацієнтів та

	форм власності, отримуючи оплату за надані послуги від єдиного національного замовника	лікарів.
Єдиний національний замовник медичних послуг	У системі працює нова модель відносин без конфлікту інтересів – розмежування функцій замовника та постачальника послуг. Кошти на гарантований пакет послуг акумулюються в єдиному національному фонді. Утворюється єдиний простір медичних закладів. Послуги оплачуються державою там, де їх отримує пацієнт	На ринку медичних послуг з'являється конкуренція, запроваджуються контрактні відносини між замовником і постачальником послуг. Публічні кошти витрачаються ефективніше. Пацієнт може вільно обирати заклад та лікаря, зростає прозорість та підзвітність публічних фінансів
Нові механізми оплати медичних послуг (принцип «гроші йдуть за пацієнтом»)	Держава відмовляється від утримання інфраструктури медичних закладів через постатейне кошторисне фінансування, переходячи до оплати медичним закладам реальних послуг, наданих пацієнтам.	З'являються стимули для медичних закладів підвищувати якість та ефективність. Зростають доходи медичних працівників.
Посилення ролі громад	Громади є в ролі засновників та власників ефективних конкурентних медичних закладів, які продають медичні послуги державі, страховим компаніям, громадянам на єдиному ринку медичних послуг. Держава в ролі закупівельника гарантованого для кожного громадянина обсягу медичних послуг.	Стосунки між державною, громадою та пацієнтами стають більш здоровими. Чітко розділяються функції держави та громад в охороні здоров'я, зникає дублювання їхніх ролей. Децентралізоване управління медичними закладами.

Отже, з першого січня 2017 року в нашій країні стартував підготовчий етап медичної реформи. На підготовчому етапі фінансування системи охорони здоров'я було передбачено вирішення таких питань:

- визначення обсягу та структури Державного гарантованого пакету медичних послуг;
- перехід постачальників медичних послуг на постачання послуг за контрактами;
- створення інституційних та правових умов для запровадження нових методів оплати медичних послуг постачальникам;

- практичне використання нових методів фінансування первинної допомоги з використанням нормативу на одного жителя;
- створення інструментів електронної охорони здоров'я для збору й обробки медичних, фінансових та управлінських даних;
- оновлення програмної класифікації видатків бюджету на охорону здоров'я [128, с. 77].

На сьогоднішній день фактично завершено перший етап проведення медичної реформи. 30 березня 2018 року, була створена Національна служба здоров'я України — центральний орган виконавчої влади, який реалізує основний принцип медреформи «гроші йдуть за пацієнтом» — оплачує вартість реально наданих медичних послуг. Нацслужба здоров'я вже уклала договори з 623 комунальними, приватними медзакладами і лікарями-ФОП, які надають первинну медичну допомогу. Медзаклади, які уклали договори з НСЗУ, обслуговують загалом 23 мільйони українців, з них понад 12 мільйонів уже обрали своїх лікарів. Кількість медичних закладів, які долучились до нової системи фінансування, вже перевищила 50% від всіх закладів “первинки”, а практично кожний другий українець уклав декларацію зі своїм сімейним лікарем, терапевтом або педіатром. Інші комунальні медзаклади, що надають первинну допомогу, мають підписати договори з НСЗУ до кінця 2018 року. З 2019 року всі комунальні заклади, у яких працюють сімейні лікарі, терапевти і педіатри, будуть отримувати оплати за послуги від Нацслужби здоров'я за тарифами [29].

Для вирішення вищезазначених проблем та якісної підготовки до запровадження обов'язкового медичного страхування як дієвого механізму фінансування охорони здоров'я населення, найближчим часом державі слід вжити наступні заходи:

- підготувати та затвердити відповідні законодавчі норми та внести зміни до діючого законодавства для переходу до обов'язкового медичного страхування (визначити основні умови і принципи функціонування системи, зазначити чіткі критерії до страхових компаній, внести необхідні зміни до законодавства про охорону здоров'я) [119, с. 49];

- розробити та впровадити систему персоніфікованого обліку надання медичної допомоги, використання бази даних для планування системи організації та оплати медичних послуг, та як наслідок, єдиного реєстру застрахованих осіб як важливої передумови впровадження системи обов'язкового медичного страхування та виключення подвійного страхування та фінансування;
- розробити прогресивну систему ставок внесків до фонду обов'язкового медичного страхування, що буде відображати зв'язок між розміром внесків та розміром доходів платників внесків, а також визначення їх нижньої межі для вразливих категорій громадян, за яких внески сплачуватиме держава (пенсіонери, інваліди та ін.);
- універсальність охоплення медичними послугами не буде порушена, якщо держава покриватиме (при впровадженні обов'язкового медичного страхування) медичні витрати людей, які не в змозі робити відрахування [79, с. 28];
- визначити розподіл ставок внесків до обов'язкового фонду медичного страхування між роботодавцем та працівником;
- визначити податкові пільги для роботодавців, які страхуватимуть своїх працівників за певним видом страхування, і звільнення від оподаткування страхових платежів, що стане істотним кроком до популяризації даного виду страхування;
- здійснити пошук додаткових джерел фінансування витрат на охорону здоров'я, наприклад, шляхом збільшення ставок акцизних платежів на небезпечні для здоров'я людини товари та спрямування цих коштів на охорону здоров'я, проведення благодійних акцій, пожертвування релігійних та громадських благодійних організацій тощо [75, с. 79];
- сприяти розвитку методів співфінансування населенням додаткових послуг стаціонарних медичних установ (покращених умов перебування) для категорії населення з високими доходами, що збільшуватиме фінансову стійкість медичних установ;
- розробити стратегії зменшення тінізації економіки та імплементація

відповідних заходів;

- здійснити перехід від фінансування щодо постатейного бюджету до фінансування за пролікований випадок і відповідна зміна способу обчислення заробітної плати лікарів та медичних сестер [33, с. 223].

- зробити чіткий перелік базових медичних послуг, що мають надавати відповідні заклади застрахованим за обов'язковим медичним страхуванням та розрахувати їхню вартість – єдину на всій території України, але залежну від рівня медичного закладу.

У сучасних умовах у страховій медицині необхідно сформувати продуману державну й регіональну політику цін, оскільки штучне стримування їх на послуги охорони здоров'я знижує якість медичної допомоги населенню. Але в цілому має підтримуватись відповідність між темпами зростання доходів населення, показниками стану здоров'я й темпами зростання цін на медичні послуги.

Система медичного страхування повинна складатися з таких частин: перша – це планування мінімальних коштів у бюджеті, через які забезпечується надання мінімальної безоплатної медичної доплати для всіх категорій населення, включаючи непрацездатних. Друга – за рахунок запровадження системи обов'язкового медичного страхування.

З цією метою Міністерство охорони здоров'я визначає перелік медичних послуг, які надаються населенню, а також хвороб, які лікуються за рахунок бюджетних коштів. На думку автора, за рахунок цих коштів повинно забезпечуватись надання першої невідкладної допомоги, лікування застудних захворювань, а також інфекційних хвороб, включаючи СНІД. У рамках цієї програми повинно проводитись стаціонарне та амбулаторне лікування і диспансеризація населення.

Друга частина страхової медицини повинна бути пов'язана з введенням обов'язкового медичного страхування громадян за рахунок коштів суб'єктів підприємницької діяльності, а також фізичних осіб. Обов'язкове медичне страхування повинно здійснюватись виключно на комерційних засадах в страхових компаніях, які мають на це відповідні ліцензії.

Таким самим чином Міністерство охорони здоров'я має визначити перелік хвороб, які страхуються за рахунок комерційного медичного страхування, у тому числі за рахунок коштів роботодавців. За рахунок цієї системи страхуванням повинно бути охоплене не менше 1/3 хвороб, які зустрічаються періодично в населення залежно від вікових категорій.

При цьому слід також додати, що ця система страхування повинна здійснюватися у вигляді накопичувальної системи страхування життя. При цьому на кожну особу та її хворобу має вестись обов'язково облік резервів, і кошти цих резервів можуть бути використані на цілі, пов'язані з профілактикою захворювань населення [57, с. 192].

У майбутньому для проведення моніторингу фінансової забезпеченості необхідно створити єдину систему обліку витрат на охорону здоров'я, причому не тільки бюджетного фінансування, а й обсягів надходжень з інших джерел та витрат населення [55, с. 764].

Варто зазначити, що 19.10.2017 р. Верховна Рада України ухвалила Закон України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», а також було прийнято за основу законопроект щодо необхідних змін до держбюджету (№6604) і законопроект «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (№7117), що стало початком впровадження медичної реформи.

Цими законопроектами запроваджується низка масштабних змін у сфері охорони здоров'я, однак прийняті закони не передбачають одночасного запуску реформування страхової медицини.

Незважаючи на це 1 січня 2018 року розпочалася обіцяна реформа медицини, за яку парламент остаточно проголосував ще 19 жовтня 2017 року.

Від квітня 2018 року розпочала роботу система «гроші ходять за пацієнтом», тобто зарплатня лікаря первинної ланки допомоги – сімейних лікарів, дільничних терапевтів і дільничних педіатрів – залежатиме від кількості пацієнтів у кожного з них, а не від фіксованої ставки.

У разі переїзду чи незадовільного сприйняття якості медичних послуг

людина зможе укласти договір з іншим лікарем. Попередня угода за таких умов автоматично скасовуватиметься. За потреби українці можуть звертатися до фахівців там, де їм це буде зручно, – необхідності відвідувати лікаря за місцем реєстрації чи проживання не буде. Ці послуги будуть безкоштовними – угоди будуть необхідні для того, аби визначати компенсацію для лікарів.

Міністерство охорони здоров'я зробило відповідні розрахунки – держава платитиме лікарю щорічно 370 гривень (базова ставка) на рік за одного пацієнта без урахування відповідних вікових коефіцієнтів. Також, враховуючи підвищену потребу окремих вікових категорій в наданні медичних послуг та медичної допомоги впроваджено додаткові вікові коефіцієнти. Так, для новонароджених і до 5 років — 4; для дітей 6-17 років — 2,2; для людей від 40 до 64 років — 1,2; для людей більш старшого віку — 2. З 2019 року базову ставку планують збільшити до 450 гривень щорічно [115].

Натомість розрахунки для вторинної та третинної ланки медичної допомоги досі тривають і, згідно очікувань міністерства, на це піде ще близько двох років. Тому поки що вторинна та третинна ланки працюватимуть у старому режимі і лише з 2020 року перейдуть на нові принципи роботи.

Після цього пацієнт підписуватиме із медичними закладами угоди, в яких зазначатиметься перелік послуг та ліків, які можна отримати безкоштовно, а обирати лікарню можна буде без урахування місця проживання чи реєстрації. Втім скористатися допомогою спеціалізованого лікаря після запровадження реформи можна буде лише після призначення сімейного лікаря, терапевта чи педіатра. Якщо всупереч рішення лікаря первинної ланки, пацієнт звернеться до профільного фахівця самостійно, він муситиме самостійно сплатити його послуги.

Попри той факт, що як зазначається в окремих виданнях, відтепер медичні послуги формально надаватимуться на страховій основі, жодних додаткових відрахувань через це українці не робитимуть. Завдяки реформі буде створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), що фактично виконуватиме роль страховика. Гроші на покриття видатків надходитимуть до цієї фінансової організації з державного бюджету. Фактично ті податки, які сплачують громадяни

України, і будуть своєрідними «страховими внесками», які підуть на їхнє медичне обслуговування [56].

Якщо раніше держава утримувала медичні заклади, то тепер бюджетні кошти йтимуть на закупівлю у медичних закладів їхніх послуг. Держава платитиме за послуги не лише державним і комунальним, але й приватним медичним закладам. За задумом авторів реформи, це має змусити медичні заклади змагатися за пацієнтів, позбавить необхідності фінансування лікарень, які не мають навантаження, на яке вони розраховані, а також дасть свободу лікарям, що зможуть надавати власні послуги як приватні підприємці.

Передбачається, що до безкоштовних послуг належатимуть невідкладна, первинна та паліативна медична допомога. Це означає, що усі звернення до сімейних лікарів, педіатрів та терапевтів, термінові операції, а також догляд і знеболювання для важко і смертельно хворих залишатимуться безкоштовними [85]. У переліку буде спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, медична реабілітація, медична допомога дітям до 16-ти років, а також породіллям.

У перспективі пацієнти відчують на собі запровадження електронної системи охорони здоров'я eHealth. Завдяки їй медичні картки українців будуть електронними, а записатися на візит до лікаря можна буде онлайн. Також завдяки цій системі пацієнти зможуть відслідковувати наявність у конкретних лікарнях безкоштовних ліків. Система eHealth також запрацює не одразу. Планується, що першими в ній почнуть реєструватися педіатри, сімейні лікарі та терапевти, а вже потім до неї приєднаються спеціалізовані лікарі. Щоправда, швидкість цього приєднання залежить і від наявності відповідної техніки – далеко не усі лікарні зараз обладнані комп'ютерами та доступом до інтернету, але у міністерстві охорони здоров'я обіцяють, що незабаром eHealth функціонуватиме по всій країні [125].

Окремої уваги заслуговує проблематика розвитку приватного медичного ринку. Окремі проблемні аспекти в цій сфері вже було розглянуто в попередніх розділах дослідження, однак вважаємо за необхідне ще раз звернути увагу на необхідність впровадження нових форм функціонування суб'єктів надання

медичних послуг. Так, чинне законодавство визначає лише дві такі форми – створення юридичної особи та діяльність фізичної особи-підприємця. При цьому, вважаємо за доцільне запровадження форм кооперації фізичних осіб-підприємців в сфері надання медичних послуг без створення юридичної особи. Такі форми мають передбачати можливість функціонування кількох ФОП на одній матеріальній базі (приміщення, техніка, адміністративний персонал, тощо), із оплатою витрат на утримання такого приміщення та супутніх витрат на підставі договору між ними. При цьому, кожен здійснюватиме незалежну діяльність, із власними пацієнтами та відповідним фінансуванням. Така форма зменшила б витрати на оренду приміщення, ліцензування, вартість техніки, оплату адміністративному персоналу (секретар, прибиральниці, тощо).

Також актуальним є питання впровадження обов'язкового страхування відповідальності медичних працівників (принаймні в приватній сфері) перед пацієнтами, за можливу шкоду, заподіяну їх життю та здоров'ю. Зазначене з одного боку, сприятиме захисту майнових прав пацієнтів, з іншого – убезпечуватиме професійні клініки від можливих істотних фінансових втрат і банкрутства у випадку одиничних лікарських помилок.

Таким чином, на сьогоднішній день запроваджується фактично нова модель державного фінансування надання медичної допомоги та медичних послуг. При цьому, залишаються актуальними питання фінансового забезпечення гарантованих державою медичних послуг та медичної допомоги, впровадження медичного страхування, розвиток мережі медичних закладів, що уклали контракти з Національною службою здоров'я, в тому числі за рахунок активного залучення до державним програм приватних закладів охорони здоров'я, тощо.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

В результаті дослідження, виконаного на основі аналізу чинного законодавства України та практики його застосування, теоретичного осмислення ряду наукових праць, сформульовано ряд висновків, пропозицій та рекомендацій, спрямованих на удосконалення правового регулювання надання медичних послуг в Україні. На підставі викладеного матеріалу в випускній кваліфікаційній роботі можна зробити наступні висновки:

1. Медичну послугу доцільно визначити як дію чи комплекс дій, що надаються пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою-підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, на підставі укладеного між ними договору, та спрямовується на діагностику, лікування або профілактику лікування захворювання. Доцільним є нормативне закріплення основ правового регулювання договорів про надання медичних послуг на рівні ЦК України, або спеціального галузевого законодавства.

2. На сьогоднішній день відбувається реформування сфери охорони здоров'я, та відповідно, і оновлення нормативної бази в цій сфері. При цьому, розпорошеність, безсистемність законодавства України в сфері охорони здоров'я та надання медичних послуг актуалізує проблематику узгодження відповідної нормативної бази. При цьому, чинне законодавство України не враховує комерціалізації медичної сфери. Так, актуальною видаються пропозиція окремих науковців щодо розробки та прийняття Медичного кодексу України, яким би врегульовувались питання надання медичної допомоги та медичних послуг. За відсутності такого документа необхідним видається доповнити ЦК України розділом, що визначатиме засади надання медичних послуг, або прийняти відповідний закон «Про медичні послуги», яким визначити умови надання медичних послуг, вимоги до договору про надання медичних послуг, відповідальність надавача послуг, особливості страхування відповідальності надавача послуг, тощо. Також на сьогоднішній день актуальним є розробка

науково обґрунтованих програм, ступінь покриття (зокрема, гарантованого державного покриття та обсягів співфінансування послуг що надаються за кошти держави та пацієнта), тощо.

3. Як впливає з аналізу чинного законодавства України, суб'єктом надання медичних послуг є виключно заклад охорони здоров'я або фізична особа-підприємець, що одержала відповідну ліцензію. Перелік видів закладів охорони здоров'я визначено на нормативному рівні, однак даний перелік не можна визнати достатнім та таким, що відповідає умовам сьогодення. Так, поза межами переліку залишається діяльність центрів фізичної реабілітації (зокрема, ортопедичної), діяльність з протезування та ортезування, діяльність психотерапевтичних кабінетів тощо. Окрім того, переліком не всюди враховано функціонування приватних закладів охорони здоров'я (наприклад, стоматологічних клінік). В умовах медичної реформи особливо актуальним постає питання розширення діяльності фізичних осіб-підприємців в сфері охорони здоров'я. Так, реформа передбачає можливість укладення декларацій з приватними лікарями. Разом з цим, актуальні ліцензійні вимоги розроблялись без врахування потреби розвитку саме цього напрямку. Таким чином, видається за необхідне розробка окремих умов щодо ліцензування діяльності лікарів сімейної медицини, нормативне забезпечення можливих форм кооперації, коли декілька сімейних лікарів працюють в одному приміщенні, на одній матеріальній базі, однак мають самостійний статус та власник пацієнтів, при цьому спільно оплачують відповідні видатки – така форма сприятиме зменшенню витрат сімейних лікарів без зниження якості. В роботі аргументується необхідність запровадження такої форми існування закладу охорони здоров'я, як медичне партнерство, як заснована на договорі співпраця двох або більше лікарів сімейної медицини, з метою об'єднання матеріальної бази для надання медичних послуг. Також видається доцільним запровадити обов'язкове страхування відповідальності медичних працівників (принаймні в приватній сфері) перед пацієнтами, за можливу шкоду, заподіяну їх життю та здоров'ю

4. ЦК України, встановлюючи правові засади регулювання окремих договорів, взагалі не згадує про договори надання медичних послуг, що є істотною прогалиною даного нормативного акта. В цілому, слід зазначити, що в рамках цивільного законодавства договір надання медичних послуг потребує більш детального регулювання з урахуванням його особливостей і специфіки відносин. Зокрема, необхідні більш доступні, з точки зору правозастосування, гарантії якості послуг, умови настання відповідальності, доцільно передбачити обов'язкове страхування відповідальності виконавця.

5. Оскільки договір про надання медичних послуг є цивільно-правовим, то до нього застосовуються загальні положення щодо укладення, зміни та розірвання договору, закріплені в Цивільному кодексі України. Разом з цим, правова природа медичних послуг зумовлює особливості укладання договорів медичних послуг, що зумовлює певну специфіку у визначенні оферти та акцепту в контексті укладання договорів про надання медичних послуг. Специфікою укладення договору про надання медичних послуг є прийняття саме закладом охорони здоров'я остаточного рішення щодо необхідності надання медичних послуг фізичній особі. На сьогоднішній день договір про надання медичних послуг може укладатись як в усній, так і в письмовій формах, залежно від волі сторін. Проте, зважаючи на особливий і надважливий об'єкт, на який здійснюється вплив, а саме життя та здоров'я людини, беручи до уваги поширену практику зловживання своїми правами з боку сторін такого договору, варто все ж укладати договір про надання медичних послуг письмово. Таке положення пропонується закріпити на рівні ЦК України. Також в роботі аргументовано недоцільність безумовного віднесення договору про надання медичних послуг до публічних договорів, розглядаються особливості визначення категорії «можливість надання» щодо медичних послуг. У зв'язку з наведеним, пропонується вилучити посилання на послуги медичного обслуговування як на публічні договори зі ст. 633 ЦК України.

6. В роботі робиться висновок про відсутність на сьогоднішній день належного правового регулювання, в тому числі цивільно-правового, окремих

видів медичних послуг. Одночасно з цим, специфіка медичних послуг, складність та зміст кожного конкретного виду послуг, специфіка прав та обов'язків сторін зумовлює неможливість їх врегулювання нормами лише цивільного з огляду на зазначене прийняття спеціальних законів, зокрема «Про застосування репродуктивних технологій», «Про естетичну та косметологічну медицину» з метою подолання прогалин в даній сфері. Додатково аргументовано неприпустимість неліцензованого надання окремих косметологічних послуг в межах діяльності салонів краси. Доводиться належність таких послуг саме до медичної сфери, а, відповідно, необхідність їх проведення закладами охорони здоров'я.

7. В кожній державі склалася власна традиція побудови системи охорони здоров'я та надання медичних послуг. На сьогоднішній день відбувається зміна системи охорони здоров'я в Україні. При цьому, характерним є посилення договірних засад регулювання відповідних відносин. З огляду на зазначене, вважаємо за доцільне запозичення зарубіжного досвіду, зокрема в організації медичного страхування (як добровільного так і обов'язкового). При цьому, актуальним є подальше дослідження досвіду зарубіжних держав щодо цивільно-правового регулювання медичних послуг з метою визначення можливості адаптації чинного законодавства України відповідно до зарубіжної і міжнародної практики

8. На сьогоднішній день відбувається реформування системи охорони здоров'я в Україні. При цьому, розширюються договірні засади правовідносин між державою, закладом охорони здоров'я та пацієнтами, збільшення ролі приватних медичних закладів в механізмі надання медичних послуг, тощо. При цьому, залишаються актуальними питання фінансового забезпечення гарантованих державою медичних послуг та медичної допомоги, впровадження медичного страхування, розвиток мережі медичних закладів, що уклали контракти з Національною службою здоров'я, в тому числі за рахунок активного залучення до державним програм приватних закладів охорони здоров'я, тощо.

Дослідивши та всебічно проаналізувавши систему правового регулювання надання медичних послуг, на основі чинного законодавства України, сформовано наступні **пропозиції** до чинного законодавства з метою його удосконалення для того, щоб забезпечити належний рівень правового регулювання медичних послуг:

- доповнити Цивільний кодекс України окремою главою «Договори про надання медичних послуг» Підрозділу 1 (Договірні зобов'язання) Розділу III (Окремі види зобов'язань), куди включити гарантії якості послуг, умови настання відповідальності, доцільно передбачити обов'язкове страхування відповідальності виконавця. В роботі запропоновано примірну структуру даної глави.

- викласти абзац 5 ч. 1 ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я в наступній редакції: «медична послуга – це дія чи комплекс дій, що надаються пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою-підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, на підставі укладеного між ними договору, та спрямовується на діагностику, лікування або профілактику лікування захворювання». Аналогічне визначення має міститися в запропонованій вище Цивільного кодексу України;

- доповнити ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я наступним нормативним визначенням форми договору про надання медичних послуг: «Договір про надання медичних послуг укладається в письмовій формі, в тому числі шляхом підписання пацієнтом формуляру про приєднання до стандартного договору закладу охорони здоров'я».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96–ВР // Відомості Верховної Ради України. — 1996. — № 30. — Ст. 141
2. Європейська хартія прав пацієнтів від 15.11.2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://meduniv.lviv.ua/files/press-centre/2014/n180414/evropejska_hartiya_prav_pacientiv.pdf
3. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>
4. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII / [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
6. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII // Офіційний вісник України від 12.01.2018 № 4, стор. 9, стаття 148, код акта 88653/2018
7. Про донорство крові та її компонентів : Закон України від 23.06.1995 № 239/95-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/239/95-%D0%d2%D1%80>
8. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України 24.02.1994 № 4004-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>
9. Про захист прав споживачів : Закон України від 12.05.1991 № 1023-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>
10. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори : Закон України від 15.02.1995 № 60/95-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/60/95-%D0%B2%D1%80>

11. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII // Офіційний вісник України від 12.01.2018 № 4, стор. 18, стаття 149, код акта 88654/2018
12. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ : Закон України від 12.12.1991 № 1972-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>
13. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22.02.2000 № 1489-III [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>
14. Про страхування : Закон України від 07.03.1996 № 85/96-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80>
15. Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині: Закон України від 16.07.1999 № 1007-XIV [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1007-14>
16. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині : Закон України від 17.05.2018 № 2427-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19>
17. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11. 2016 № 1013-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>
18. Про забезпечення доступності лікарських засобів : Постанова Кабінету Міністрів України від 17.03.2017 № 152 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/152-2017-%D0%BF>
19. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 28 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/en/285-2016-%D0%BF>

20. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах : Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09. 1996 № 1138 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF>
21. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF>
22. Про додаткові заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : Указ Президента України від 27.01.2010 № 70/2010 // Офіційний вісник Президента України від 05.02.2010 № 5, стор. 26, стаття 136
23. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року : Наказ МОЗ України від 19.09.2011 р. № 597 / База «Консультант. Парус» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://consultant.parus.ua/?doc=09428E239A>
24. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.10.2002 року № 385 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02>
25. Про порядок контролю якості медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 752 // Офіційний вісник України від 17.12.2012 № 94, стор. 31, стаття 3830, код акта 64719/2012
26. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я від 19.03.2018 №504 / Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>
27. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну

допомогу : Наказ Міністерства охорони здоров'я від 19.03.2018 № 503 // Офіційний вісник України від 23.03.2018 № 23, стор. 595, стаття 847, код акта 89621/2018

28. Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди : Постанова Пленуму Верховного Суду України № 4 від 31.03.95 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0004700-95>

29. 596 медзакладів отримали оплату від Нацслужби здоров'я в жовтні / Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua/article/reform-plan/596-medzakladiv-otrimali-oplatu-vid-nacsluzhbi-zdorov%e2%80%99ja-v-zhovtni>

30. Абрамович Н. Особливості укладення, зміни та припинення договору про надання медичних послуг. / Н. Абрамович // Підприємництво, господарство і право. – 2017. – № 4. – с. 4-7.

31. Андреева О. В. Экономические методы управления и их влияние на качество медицинской помощи. / О. В. Андреева // Экономика здравоохранения. – 2002. – №8. – С.5-9.

32. Антонов С. В. Договір про надання платних медичних послуг – від укладення до виконання / С. В. Антонов // Управління закладом охорони здоров'я. – 2007. – № 5 – с. 42-45.

33. Арутюнян С. С. Медичне страхування в Україні: вибір концептуальних підходів до реформування. / С. С. Арутюнян, О. В. Ітигіна // Вісник соціально-економічних досліджень. – 2015. – Вип. 2. – С. 219-225.

34. Бідник Н. Б. Медичне страхування в Україні / Н. Б. Бідник // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Менеджмент та підприємництво в Україні : етапи становлення і проблеми розвитку. – 2013. – № 767. – С. 263-269

35. Барміна Г. Вектори розвитку приватної медицини в Україні : на шляху до пацієнта [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/408443>

36. Белоусов О. С. Деонтология в медицине: В 2 т. Т. 1. / О. С. Белоусов, Н. П. Бочков // Общая деонтология . под ред. Б.В. Петровского. М. : «Медицина», 1988. – 352 с.
37. Бердник Р. Д. Права людини в галузі охорони здоров'я: медична реформа / Р. Д. Бердник, І. Ю. Хміль // Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній практиці: збірник матеріалів міжвідом. круглого столу до Всеукраїнського тижня права (Київ, 20 груд. 2017 р.) / [редкол. : К.Р. Добкіна, А.В. Мусієнко, Б.В. Михайличенко та ін.]. – Київ : Держ. у-т інфрастр. та технол., І-т упр., технол. та права ім. Гетьмана П. Коношевича-Сагайдачного. – 2017. – с. 26 — 27
38. Біленко В. Поняття договору про допоміжні репродуктивні технології / В. Біленко // Юридична Україна. – 2017. – № 2/3. – С. 34-38.
39. Борисенко О. П. Адаптивне управління процесом ціноутворення на надання послуг у медичній сфері [Електронний ресурс] / О. П. Борисенко // Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. – 2018 № 1. – Режим доступу : http://el-zbirn-du.at.ua/2018_1/13.pdf
40. Борисова Л. Н. Комментарий к Закону Российской Федерации «О защите прав потребителей»: Постатейный. 2-е изд., перераб. и доп. / Л. Н. Борисова, С. Е. Чаннов. – М.: Ось-89, – 2008. – 208 с.
41. Бородовський С. О. Деякі питання укладення, зміни і розірвання договору в цивільному праві України / С. О. Бородовський // Юридична Україна. – 2005. – №1 – С. 23-26
42. Бородовський С. О. Деякі питання укладення цивільно-правового договору. / С. О. Бородовський // Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України. Збірник наукових статей. – 2003. – Випуск XI – С. 86-89.
43. Брагинский М. И. Договор подряда и подобные ему договоры. – М. : Статут. – 1999. – 254 с.
44. Брагінський П. та ін. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства — К., 2018 / Міністерство охорони здоров'я України [Електронний

ресурс]. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua/article/news/metodichni-rekomendacii-z-pitan-peretvorennya-zakladiv-ohoroni-zdorovja-z-bjudzhetnih-ustanov-na-komunalni-nekomercijni-pidприємства>

45. В медичному праві ми завжди на стороні медичного закладу. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://babich-law.com/ua/pres-tsentr/publications/249-interview-yg>

46. Вашев О. Є. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права. / О. Є. Вашев, О. Г. Рогова, Т. Б. Пустовойт // Теорія та практика державного управління. – 2014. – Вип. 4. – С. 197-204.

47. Волков В. Медицинское право Украины : учебное пособие / В. Волков, Л. Дешко, В. Заблоцкий // – Донецк : ДонНУ. – 2005. – 268 с.

48. Герасименко Д. О. Прогресивні зміни в галузі трансплантології / Д.О. Герасименко, К.В. Варуха // Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній практиці: збірник матеріалів міжвідом. круглого столу до Всеукраїнського тижня права (Київ, 20 груд. 2017 р.) / [редкол. : К.Р. Добкіна, А.В. Мусієнко, Б.В. Михайличенко та ін.]. – Київ : Держ. у-т інфрастр. та технол., І-т упр., технол. та права ім. Гетьмана П. Коношевича-Сагайдачного. – 2017. – с. 52 — 53

49. Герасимчук О. В. До питання про правове регулювання договірних відносин за участю суб'єктів підприємницької діяльності. / О. В. Герасимчук // Сучасні проблеми юридичної науки і правозастосовчої діяльності : Тези наук. доп. та повідомл. учасників наук. конф. молодих учених (м. Харків, 20-21 грудня 2001р.). – Х. : Нац. юрид. акад. України. – 2002. – С. 49-52.

50. Герц А. А. Класифікація договорів про надання медичних послуг. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Право. – 2015. – Вип. 32(2). – С. 16-20.

51. Герц А. А. Медична послуга як об'єкт правового регулювання / А. А. Герц // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Юриспруденція. – 2015. – Вип. 15(2). – С. 11-13.

52. Герц А. А. Окремі аспекти договору про надання медичних послуг. / А. А. Герц // Вісник Львівського університету. Серія «Юридична». – 2012. – Вип. 56. – С. 223-228.
53. Герц А. А. Поняття та особливості договору про надання медичних послуг у пластичній хірургії / А. А. Герц // Часопис Київського університету права. – 2015. – № 2. – С. 156-160.
54. Гіжевський В. К. Популярна юридична енциклопедія. / В. К. Гіжевський, В. В. Головченко, В. С. Ковальський // – К. : Юрінком Інтер. – 2002. – 528 с.
55. Глухова В. І. Джерела фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні / В.І. Глухова, М.О. Булах. // Гроші, фінанси і кредит. – 2016. – №10. – С. 760-764.
56. Голубов О. Медична реформа: інструкція з використання [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.dw.com/uk/%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0-%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0-%D1%96%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-%D0%B7-%D0%B2%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F/a-41028428>
57. Гончарук С. М. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україн. / С. М. Гончарук, С. В. Приймак, Л. Я. Даниляк // Бізнесінформ. – 2016. – №1. – С. 190-194.
58. Гуревич Г. Обамасаре – хороший пример плохого закона [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://kontinentusa.com/obamacare-horoshii-primer-plohogo-zakona>
59. Долбнєва Д. В. Необхідність та основні напрямки вдосконалення порядку формування та використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я в Україні / Д. В. Долбнєва, С. М. Гончарук // Проблеми економіки. — №3. – 2016. – с. 46-52.
60. Дрішлюк В. І. Поняття та ознаки публічного договору за цивільним законодавством України. Практика виборчого процесу в Україні та проблеми його

правового регулювання. Збірник тез та доповідей. – Одеса : Юридична література. – 2005. – С. 146-148.

61. Дрішлюк В. І. Правова природа та поняття публічного договору за цивільним законодавством України. / В. І. Дрішлюк // Проблеми правового забезпечення підприємницької діяльності, пов'язаної з морем. (Тези доповідей). – Одеса. – 2006. – С. 77-79.

62. Етичний кодекс Лікаря України, прийнятий Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій 24 — 27 вересня 2009 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/17132>

63. Загальна теорія здоров'я та здоров'я збереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків : Вид. Рожко С. Г. – 2017. – 488 с.

64. Здравоохранение в Канаде, медицина [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://canadaru.ca/archives/448>

65. Іолкін Я. О. Основи законодавства про охорону здоров'я та право на репродукцію людини: щодо необхідності реформування / Я. О. Іолкін // Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній практиці: збірник матеріалів міжвідом. круглого столу до Всеукраїнського тижня права (Київ, 20.12. 2017) / [редкол. : К. Р. Добкіна, А. В. Мусієнко, Б. В. Михайличенко та ін.]. – Київ : Держ. у-т інфрастр. та технол., І-т упр., технол. та права ім. Гетьмана П. Коношевича-Сагайдачного. – 2017. – с. 77 — 80

66. Кабалкин А. Ю. Сфера обслуживания : Гражданско-правовое регулирование. – М. : Наука. – 1972. – 197 с.

67. Кабалкин А. Ю. Услуги в гражданском праве Российской Федерации. Сб. науч. трудов, посвященных памяти В.А. Рясенцева. — М. : Юристъ. — 1995. — С. 29-41.

68. Камінська Т. М. Реалізація конституційних прав громадян України на медичне обслуговування / Т. М. Камінська // Правова економіка: науково-теоретичні проблеми формування, розвитку та інституційної побудови: монографія / за ред. Л. С. Шевченко. – Харків, 2017 — 271 с.

69. Камінська Т. М. Контрактна економіка: еволюція та роль в охороні здоров'я/ Т. М. Камінська // Економіка і право охорони здоров'я. — 2016. — № 2. — С. 27-31.
70. Камінська Т. М. Правові засади розвитку договірної економіки в охороні здоров'я України / Т. М. Камінська, О.Є. Костюченко // Економічна теорія та право. — 2016. — № 4 (27). — С. 57-66.
71. Камінська Т. М. Альтернативні моделі впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні / Т. М. Камінська // Економічна теорія та право. — 2017. — № 2 (29). — С. 14-24.
72. Кізлова О. С. Цивільно-правовий договір про надання медичних. / О. С. Кізлова // Правові та інституційні механізми забезпечення розвитку держави та права в умовах євроінтеграції: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції : у 2 т. Т. 2 / відп. ред. М. В. Афанасьєва. — Одеса : Юридична література. — 2016. — С. 416-420.
73. Киселев Д. Медична реформа — правовий погляд [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://yvu.com.ua/medychna-reforma-pravovuj-poglyad>
74. Класифікація видів економічної діяльності [Електронний ресурс]. — Режим доступу : http://kved.ukrstat.gov.ua/KVED2010/kv10_i.html
75. Коваль О. П. Перспективи запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування. / О. П. Коваль // Стратегічні пріоритети. — 2015. — № 1. — С. 77-82.
76. Ковалевська Є. В. Правові аспекти відносин «лікар-пацієнт» / Є. В. Ковалевська // Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній практиці : збірник матеріалів міжвідом. круглого столу до Всеукраїнського тижня права / [редкол. : К.Р. Добкіна, А.В. Мусієнко, Б.В. Михайличенко та ін.]. — Київ : Держ. у-т інфрастр. та технол., І-т упр., технол. та права ім. Гетьмана П. Коношевича-Сагайдачного. — 2017. — с.87 — 89
77. Козак У. Я. Проблема реалізації прав пацієнтів при наданні платних медичних послуг в умовах відомчого лікувального закладу / У.Я. Козак, Р.П. Роняк // Забезпечення прав людини в медичній та фармацевтичній практиці:

збірник матеріалів міжвідом. круглого столу до Всеукраїнського тижня права / [редкол. : К. Р. Добкіна, А. В. Мусієнко, Б. В. Михайличенко та ін.]. – Київ : Держ. у-т інфрастр. та технол., І-т упр., технол. та права ім. Гетьмана П. Коношевича-Сагайдачного. – 2017. – с. 90 — 92

78. Корнілова О. В. Щодо визначення понять «медична допомога» та «медичні послуги». Правові та інституційні механізми забезпечення розвитку України в умовах європейської інтеграції : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. У 2-х т. Т. 1 / відп. ред. Г. О. Ульянова. – Одеса : Видавничий дім «Гельветика». – 2018. – С. 528-530.

79. Кочнова І. В. Розвиток медичного страхування в Україні. / І. В. Кочнова // Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво. – 2014. – № 6. – С. 26-30

80. Крилова О. В. Цивільно-правове регулювання відносин по наданню медичної допомоги : автореф. дис. канд. юрид. наук. – Одеса, 2006. – 20 с.

81. Кротов М. В. Обязательство по оказанию услуг в современном гражданском праве : учеб. Пособие. Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1990. – 274 с.

82. Лебідь Н. Реформа медицини: договір з сімейним лікарем потрібно укласти до кінця березня [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://ukranews.com/ua/news/549721-reforma-medycyny-dogovir-z-simeynym-likarem-potribno-uklasty-do-kincy-bereznia>

83. Лехкар О. В. Зміст договору приєднання. / Конституційно-політичний процес в Україні : ідеї, досвід, проблеми : Зб. тез (за мат. XVIII Харків. політолог. читань). – Х. : Право. – 2006. – С. 71-73.

84. Лихтарович Е. Е. Оценка качества конечного // О. В. Лихтарович // деятельности в здравоохранении. / Е. Е. Лихтарович // Экономика и управление. – 2012. – № 1(29). – с. 83-87

85. Луць В. В. Контракти в підприємницькій діяльності: навч. посіб. 2-е вид., перероб. і допов. – К. : Юрінком Інтер. – 2008. – 576 с.

86. Любінець О. В. Медичний кодекс як основа реформування охорони здоров'я України. / О. В. Любінець, І. Я. Сенюта // Український медичний часопис. – 2006. – № 3 (53). – С. 5-9.
87. Майданик Р. Законодавство України в сфері охорони здоров'я: система і систематизація. / Р. Майданик // Медичне право. – 2013. – № 2. – С. 63-74.
88. Малейна М. Н. Человек и медицина в современном праве : учебное и практическое пособие. – М. : БЕК –1995. – 272 с.
89. Марова С. Ф. Медична послуга як товар медичного ринку [Електронний ресурс] / С. Ф. Марова, С. М. Вовк. // Державне управління : удосконалення та розвиток. – 2017. – №4 – Режим доступу : <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1056>
90. Мостовенко О. С. До питання про поняття медичної послуги. / О. С. Мостовенко // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія ПРАВО. – 2017. – Випуск 46. Том 1. – с. 55-58
91. Мостовенко О. С. Співвідношення понять «медична допомога» та «медична послуга» у контексті реалізації конституційних прав громадян. / О. С. Мостовенко // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія ПРАВО. – 2017. – Випуск 44. Том 1. – С. 59-62.
92. Нікітчина О. В. Обов'язкове медичне страхування : реалії та перспективи [Електронний ресурс] / О. В. Нікітчина // Економіка. Управління. Інновації. Серія : Економічні науки. – 2016. № 1. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/eui_2016_1_17
93. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. / К. В. Павлюк // Фінанси України. – 2016. – №. 2. – С. 64-82.
94. Пашков В. Сутність медичних послуг у системі господарського законодавства / В. Пашков // Медичне право. – 2013. – № 2. – С. 88-101.
95. Погребняк С. Договір : загальнотеоретичне розуміння. / С. Погребняк // Вісник Академії правових наук України. – 2011. – №4 (67). – С. 17-28.

96. Публічний договір про надання медичних послуг ТОВ «СМАРТ МЕДІКАЛ ЦЕНТР» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://smartclinic.kiev.ua/wp-content/uploads/2017/07/med-dogovor-na-dve-stranitsy-13-07.docx.pdf>
97. Публічний договір про надання медичних послуг ТОВ «ТМО «Актив-Медікал» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://active-medical.ua/dogovor.pdf>
98. Публічний договір про надання медичних послуг. ТОВ «ЕНДОТЕХМЕД» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://garvis.com.ua/wp-content/uploads/2018/04/27.04.18_Publicnij-dogovir-pro-nadannya-Medichnih-poslug.pdf
99. Публичные услуги и право : науч.-практ. пособие / под ред. Ю. А. Тихомирова. – М.: Норма. – 2007. – 416 с.
100. Рішення Апеляційного суду Вінницької обл. № 150/628/16-ц від 27.04.2017 р. / Єдиний державний реєстр судових рішень України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://reyestr.court.gov.ua/Review/66329075>
101. Рішення Галицького районного суду м. Львова від 26.12.2011 у справі № 2-136 / Єдиний державний реєстр судових рішень України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://reyestr.court.gov.ua/Review/20349635>
102. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційними поданнями 49 народних депутатів України, 53 народних депутатів України і 56 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) пункту 4 розділу VII "Прикінцеві положення" Закону України "Про Державний бюджет України на 2011 рік" від 26.12.2011 № 20-рп/2011 // Вісник Конституційного суду України від 2012, № 1, стор. 93
103. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно" (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 № 10-рп/2002// Вісник Конституційного суду України — 2002 р., № 3, стор. 19

104. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням правління Пенсійного фонду України щодо офіційного тлумачення положень статті 1, частин першої, другої, третьої статті 95, частини другої статті 96, пунктів 2, 3, 6 статті 116, частини другої статті 124, частини першої статті 129 Конституції України, пункту 5 частини першої статті 4 Бюджетного кодексу України, пункту 2 частини першої статті 9 Кодексу адміністративного судочинства України в системному зв'язку з окремими положеннями Конституції України від 25.01.2012 № 3-рп/2012 // Вісник Конституційного суду України від 2012 р., № 2, стор. 25

105. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини щодо відповідності Конституції України (конституційності) положень підпункту "б" підпункту 4 пункту 3 статті 7 Закону України "Про страхові тарифи на загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності", пункту 1, абзацу третього пункту 5, пункту 9, абзаців другого, третього пункту 10, пункту 11 розділу I Закону України "Про внесення змін до Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності" (справа про страхові виплати) від 08.10.2008 № 20-рп/2008// Офіційний вісник України від 31.10.2008 № 80, стор. 63, стаття 2698, код акта 44691/2008

106. Рішення Конституційного Суду України у справі щодо офіційного тлумачення статей 3, 23, 31, 47, 48 Закону України "Про інформацію" та статті 12 Закону України "Про прокуратуру" (справа К.Г.Устименка) від 30.10.1997 №5-зп [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v005p710-97>

107. Рішення Першотравневого районного суду м. Чернівці від 11.06.2012 у справі 2-438/12/ Єдиний державний реєстр судових рішень України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/24827610>

108. Рішення Печерського районного суду м. Києва від 03.12.2013 у справі №757/17199/13-ц / Єдиний державний реєстр судових рішень України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://reyestr.court.gov.ua/Review/35904366>
109. Рожкова Е. В. Медицинские услуги : понятие и особенности / Е. В. Рожкова // Современные исследования социальных проблем. – 2011. – № 3. – С. 39-55.
110. Савченко В. О. Характерні правові ознаки послуг: на прикладі медичних та туристичних послуг. / В. О. Савченко, В. А. Савченко // Право і суспільство. – 2015. – № 4(4). – С. 102-107.
111. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас. // Анализ современных стратегий. – Пер. с англ. М. ГЭОТАР МЕДИЦИНА. – 2000. – 432 с.
112. Самофал М. М. Захист прав дитини при прийнятті медичних рішень : міжнародний аспект. / М. М. Самофал // Актуальні проблеми юридичної науки і практики : III Всеукр. наук.-практ. конф. : тези доп. та наук. повідомл. учасників Всеукр. наук.-практ. конф. : за ініціативи студ. самоврядування ф-ту Підгот. юристів для МЗС України : до 15-річчя ф-ту підгот. юристів для МЗС України / Нац. ун-т "Юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого". – Харків, 2013. – С. 183-184
113. Самофал М. М. Цивільно-правове регулювання надання медичних послуг дітям : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.03 — Цивільне право і цивільний процес; сімейне право; міжнародне приватне право; Інститут держави і права ім. В. М. Корецького НАН України. – Київ, 2014. – 18 с.
114. Сахацький С. Кілька слів про лікарську таємницю в Україні. / С. Сахацький // Правовий тиждень. №43 (116). 21 жовтня 2008 р. – с. 8
115. Скільки тепер отримують лікарі та що від них можна вимагати [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ibilingua.com/skilki-teper-otrimuyut-likari-ta-shho-vid-nih-mozhna-vimagati/>

116. Смотров О. І. Договір щодо оплатного надання медичних послуг : автореф. дис. канд. юрид. наук. – Х., 2003. – 177 с.
117. Смотров О. І. Договір щодо оплатного надання медичних послуг: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.03 – цивільне право і цивільний процес; сімейне право; міжнародне приватне право. – Харків, 2003. – 20 с.
118. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Під заг.ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига. – 2000. – 680 с.
119. Стеценко В. Ю. Предмет, метод і система медичного права. / В. Ю. Стеценко // Медичне право України: проблеми становлення та розвитку : матеріали І Всеукр. наук.-практ. конф. 19-20 квітня 2007 р., м. Львів. – с. 297-301
120. Сучасне українське медичне право : монографія. за заг. ред. С.Г. Стеценка. – К. 2010. – 496 с.
121. ТАСС. Рождение и похороны Обамасаре: факты о реформе здравоохранения в США [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://tass.ru/mezhdunarodnaya-panorama/3935948>
122. Тихомиров А. В. Теории медицинской услуги и медицинского деликта: учебнаучное пособие. – М. : НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав». – 2012. – 110 с.
123. Тульчинский Т. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. / Т. Тульчинский , Е. Варавикова. // – Иерусалим, 1999. – 1049 с.
124. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах [Електронний ресурс]. – Режим доступ : <http://www.inliberty.ru/library/49-sravnitelnyy-analiz-sistem-zdravooohraneniya-v-raznyh-stranah>
125. УНІАН. Медична реформа в Україні що зміниться з січня 2018 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://health.unian.ua/country/2324814-medichna-reforma-v-ukrajini-scho-zminitsya-z-1-sichnya-2018-roku.html>
126. Устінов О. В. Переваги та ризики медичної реформи: погляд Президента [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<http://www.umj.com.ua/article/114154/perevagi-ta-riziki-medichnoyi-reformi-poglyad-prezidenta>

127. Ухвала Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ від 04.10.2017 № 755/2545/15-ц/ Єдиний державний реєстр судових рішень України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://reyestr.court.gov.ua/Review/69420494>

128. Федорович І. М. Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні. / І. М. Федорович // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Економіка і менеджмент. – 2017. – Вип. 23(2). – С. 76-80.

129. Фигерас Ж. Реформа больниц в новой Европе. / Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос, Р. Салтман. // – Перевод с англ. М. Европейская обсерватория по системам здравоохранения. – 2002. – 320 с.

130. Форіншуранс : Статистика страхового ринку [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://forinsurer.com/files/file00631.pdf>

131. Цивільний кодекс України : науково-практичний коментар. ред. Я. М. Шевченко. – К. : Ін Юре – 2004. – ч.2. 895 ст.

132. Чехун О. В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти / О.В. Чехун // Часопис Київського університету права. – 2010. – № 2. – С. 213-216.

133. Шишка Р. Витоки та теоретичні засади розвитку концепції договору в сучасних умовах. / Р. Шишка // Сучасні проблеми адаптації цивільного законодавства до стандартів Європейського Союзу: мат. І Міжн. наук.-метод. конф. (м. Львів, 16.03.2006 р.). – Львів : Львівськ. держ. ун-т імені Івана Франка. – 2006. – С. 404-410.

134. Шишкин С. В. Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения. / С. В. Шишкин // Научные труды Института экономики переходного периода. № 125Р. М. : ИЭПП – 2009. – 112 с.

135. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.

136. Яворська О. Договори приєднання: проблеми правового регулювання / О. Яворська // Підприємництво, господарство і право. – 2009. – № 10. – С. 93-95
137. CIA. The WorldFact Book. Population Density. 2012. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2119.html>
138. Compilation of Patient Protection and Affordable Care Act. 2010. May 1 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://obamacare-facts.com/wp-content/uploads/2014/10/obamacare.pdf>
139. Economy of public health: teaching aid/ under the general editorship A.V Reshetnikova. M. GEOTAR-HONEY. – 2003. – 272 p.
140. Halvorson G. Health Care will Not Reform Itself. New York; 2009. 132 p.
141. Hanvoravongchai P. World Health Organization. Health financing policy discussion paper. In: Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience. Singapore; 2002. - 52 p.
142. Lagasse R. Health and Social inequities in Belgium. Soc. Sc. Med. 1990. Vol. 31. P. 237-248
143. Medterms.com.ua. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://medterms.com.ua/publ/medichni_termini_na_literu_kh/khirurgichna_operacija/24-1-0-731
144. Steudlez F. The State and health in France Soc. Sc. Med. 1986. Vol. 22, N 2. P. 211-221
145. Tanner M. Defunding Obamacare: Worth a Try. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nationalreview.com/article/354797/defunding-obamacare-worth-try-michael-tanner>
146. Wallness D. Securing our Future Health: Taking a Long-Term View. The Public Enquiry Unit, HM Treasury, Parliament Street, London; 2002: p.18-22