

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА

Економіко-правовий факультет

Кафедра цивільно-правових дисциплін

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

«Медичні правовідносини в умовах воєнного стану»

«Medical Legal Relations under Conditions of Martial Law»

Виконала: здобувачка заочної форми навчання

спеціальності 081 Право

Освітня програма «Право»

Вознюк Оксана Василівна

Керівник: доктор філософії з права,

доц. Василевська Н.С. _____

Рецензент: к.ю.н., доц. Потопахіна О. М.

Рекомендовано до захисту:
протокол засідання кафедри
№ ____ від ____ . ____ . 2025 р.

В. о. завідувача кафедри

_____ Віктор МАСІН
(підпис) (прізвище, ім'я)

Захищено на засіданні ЕК № 6:
протокол № ____ від ____ . ____ . 2025 р.
Оцінка _____ / _____ / _____
(за національною шкалою / шкалою ECTS / бали)

Голова ЕК

_____ Олена МИКОЛЕНКО
(підпис) (прізвище, ім'я)

Одеса 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	6
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ЗАСАДИ ПРАВОВІДНОСИН У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	7
1.1 Особливості правового регулювання відносин у сфері надання медичних послуг	7
1.2. Склад і зміст медичних правовідносин	18
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАВОВІДНОСИН В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	31
2.1. Види медичних правовідносин у період воєнного стану	31
2.2. Права та обов'язки суб'єктів медичних правовідносин в умовах військового часу	42
РОЗДІЛ 3. СТАНДАРТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ДЖЕРЕЛО МЕДИЧНИХ ПРАВОВІДНОСИН	63
3.1. Міжнародно-правові стандарти в галузі забезпечення права на здоров'я в умовах воєнного стану	63
3.2. Особливості реалізації права на медичну допомогу громадян, які перебувають за межами держави громадянства	70
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	85

ВСТУП

Введення в Україні воєнного стану у зв'язку зі збройною агресією Російської Федерації спричинило докорінну трансформацію всіх сфер суспільного життя. Особливе значення ці зміни набувають у сфері охорони здоров'я, що потребує адаптації до умов воєнного стану. Воєнний стан вимагає оперативного прийняття рішень та коригування традиційних медичних правовідносин відповідно зміни їх складу та змісту. Вплив воєнних подій на медичні правовідносини є багатограним, оскільки він охоплює як зміни національного законодавства так і міжнародні аспекти.

Актуальність теми зумовлена необхідністю забезпечення права громадян на медичну допомогу (ст. 49 Конституції України) в умовах бойових дій та дефіциту ресурсів, що набуло статусу критично важливого елемента національної безпеки. Це зумовило перехід від здебільшого приватно-правової моделі взаємовідносин «лікар–пацієнт» до імперативної системи, що поєднує національне законодавство із жорсткими нормами міжнародного гуманітарного права (МГП). З'явилися нові виклики: необхідність інтеграції ресурсів цивільної та військової медицини, правове регулювання медичного сортування (тріажу) за військовою моделлю, а також забезпечення прав та обов'язків нових суб'єктів медичних правовідносин, включно з військовими та бойовими медиками, внутрішньо переміщеними особами (ВПО) та іноземними гуманітарними місіями. Водночас, актуальною залишається проблема гармонізації вітчизняного законодавства з міжнародними стандартами, зокрема у сфері реабілітації та захисту вразливих груп населення.

Науково-теоретичним підґрунтям дослідження стали загальнотеоретичні праці вітчизняних фахівців медичного та міжнародного права: С. Б. Булеци, О. В. Темченко, Н. О. Абрамович, Ю. А. Козаченка, О. Посикалюка, Р. О. Стефанчука, В. Д. Шищука, С. І. Редька, М. М. Ляпи, О.

М. Головіна, Я. Л. Заруцького, В. Я. Білого, С.Г. Стеценко, В.Ю. Стеценко, І.Я. Сенюта та інших науковців

Мета дослідження полягає у визначенні сутності, змісту та особливостей медичних правовідносин в умовах воєнного стану, а також у виявленні та обґрунтуванні актуальних проблем реалізації права на медичну допомогу в умовах воєнного стану.

Для досягнення вищезазначеної мети необхідно виконати наступні **завдання:**

- з'ясувати загальні засади, суб'єктний склад та зміст медичних правовідносин у період воєнного стану;
- дослідити особливості надання медичної допомоги в районах проведення воєнних (бойових) дій та в умовах тимчасової окупації;
- проаналізувати правове регулювання медичного сортування (тріажу) та умови його застосування у військовий час;
- охарактеризувати систему міжнародно-правових стандартів, що стосуються права на охорону здоров'я під час збройних конфліктів;
- дослідити особливості реалізації права на медичну допомогу громадянами України, які перебувають за межами держави громадянства.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження є особливості медичних правовідносин в умовах воєнного стану.

Методологічною основою дослідження. У процесі дослідження використовувалися загальнонаукові та спеціальні методи пізнання: діалектичний метод (при визначенні актуальності та формуванні висновків); системно-структурний та формально-логічний методи (у Розділі 1 для визначення складу та змісту медичних правовідносин); метод юридичного аналізу та синтезу (у Розділі 2, для визначення прав та

обов'язків суб'єктів в умовах воєнного стану); порівняльно-правовий метод (у Розділі 3, при аналізі міжнародних стандартів та досвіду країн ЄС).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, шести підрозділів, висновків до кожного розділу, загального висновку, списку використаних джерел.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що досліджено особливості правовідносин у сфері надання медичних послуг в умовах воєнного стану, здійснено системний теоретико-правовий аналіз зазначених відносин, їх складу та різновидів. На підставі проведеного дослідження, автором, з-поміж іншого: – сформульовано узагальнене визначення поняття «медичні правовідносини»; – з'ясовано місце медичних правовідносин у сфері медичного обслуговування та обґрунтовано висновок про те, що правовідносини у сфері надання медичних послуг є складовими правовідносин у сфері охорони здоров'я; – удосконалено: визначення понять «медична послуга», «суб'єкти правовідносин у галузі надання медичних послуг», «пацієнт»; – сформовано перелік суб'єктів медичних правовідносин; виділено класифікацію медичних правовідносин в умовах воєнного стану. У роботі набули подальшого обґрунтування: положення щодо імплементації норм міжнародного гуманітарного права в законодавство України та необхідність подальшого вдосконалення міжнародних стандартів, які забезпечують реалізацію права на безперервну медичну допомогу в кризових ситуаціях суспільного розвитку.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ЄС – Європейський Союз

КМУ – Кабінет Міністрів України

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ЦК України – Цивільний кодекс України

ЗСУ – Збройні Сили України

МПП – Міжнародне гуманітарне право

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

МКЧХ – Міжнародний комітет Червоного Хреста

ВПО – Внутрішньо переміщена особа

ЕМД - Екстрена медична допомога

ДСНС – Державна служба надзвичайних ситуацій

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНІ ЗАСАДИ ПРАВОВІДНОСИН У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1 Особливості правового регулювання відносин у сфері надання медичних послуг

Останні сімдесят років значного розвитку отримали медичні правовідносини, спочатку у зв'язку з розвитком трансплантології, генетики, технологій клонування, а пізніше, у зв'язку, з розвитком законодавства щодо: медичної профілактики, юридичної відповідальності медичних працівників, організації охорони здоров'я як з боку органів публічного управління, так і на рівні приватноправових відносин. У зв'язку з цим, актуальним виглядає аналіз періодизації наукової думки щодо правового регулювання охорони здоров'я. Однак ми прагнемо зупинитися на описі тих періодизацій, які запропонували представники адміністративного, цивільного й медичного права.

Такий вибір зумовлений тим, що вивчення еволюції нормативно-правового забезпечення системи охорони здоров'я становить базис для об'єктивної оцінки новітніх реформ. Як влучно аргументують у своїй роботі О. І. Миколенко та М. І. Лазарева, «для розуміння генези розвитку доктрин адміністративного чи цивільного права є дослідження періодів розвитку наукової думки про якесь правове явище» [1, с. 433].

Автори підкреслюють, що «в спеціальній літературі можна зустріти різні періодизації правового регулювання сфери охорони здоров'я» [1, с. 433]. У своєму дослідженні О. І. Миколенко та М. І. Лазарева свідомо утримуються від розробки авторської періодизації із чітко визначеними хронологічними межами. Автори аргументують таку позицію критичним ставленням до методологічних підходів, що ґрунтуються на прив'язці етапів розвитку до політичних подій [1, с. 433].

На думку вчених, критерії періодизації мають ґрунтуватися виключно на правових чинниках, які є ключовими для розмежування етапів «1) про прийняття нормативно-правового акту, який вперше врегулював в сфері охорони здоров'я якість правовідносини, які до цього взагалі не мали правового закріплення; 2) про виникнення нової наукової концепції, яка була обґрунтована на рівні монографії чи дисертаційного дослідження, тощо» [1, с. 434].

Значний науковий інтерес для аналізу еволюції вітчизняної медицини становить концептуальний підхід Г. М. Токарева до виокремлення етапів її розвитку.

«Вчений виділяє чотири періоди: 1) кризовий (1991-1994 роки); 2) перехідний (1995-2000 роки); 3) відносно ринковий (2001-2008 роки.); 4) період глобалізаційних макроекономічних викликів (2009 року - по сьогодні)» [1, с. 433]. Періодизація Г. М. Токаєва базується не на формальних ознаках, а на багатофакторному аналізі стану держави, що дозволяє розглядати реформи охорони здоров'я у тісному взаємозв'язку з історичними реаліями.

Наукова цінність даної періодизації полягає у реалістичності підходу та контекстуалізацією стану медичної галузі в межах загальних соціально-економічних процесів. Г. М. Токаєв акцентує увагу на складних питань, вказуючи на суперечливість певних етапів розвитку. Зокрема, характеризуючи перехідний етап (1995–2000 роки), вчений зазначає: «На тлі зниження демографічних показників, підвищення захворюваності за окремими соціально значущими хворобами (туберкульоз, СНІД) і низьких загальних показників здоров'я населення спостерігається певна стабілізація політичної та соціально-економічної обстановки в країні, зокрема і в охороні здоров'я» [1, с. 433].

Такий погляд підтверджує тезу про те, що реформи у сфері охорони здоров'я були обумовлені необхідністю реагувати на політичні та економічні чинники. Виокремлення ж останнього етапу — періоду

глобалізаційних викликів — свідчить про глибоке розуміння того, що сучасна національна система охорони здоров'я не може існувати ізольовано від світових макроекономічних процесів.

Витоки медичних правових відносин в Україні сягають XV-XVI століть, коли завдяки підготовці лікарів у польських і італійських вишах почали формуватись медичні знання та відкриватися перші аптеки. Проте лише у сучасній Україні, з 2016 року, запустилася всебічна реформа системи охорони здоров'я, що входить у загальний процес розвитку медичного права — галузі, яка регулює взаємини у сфері медичної практики [2, с. 55].

Як видно, поділ на етапи у розвитку наукових уявлень про правове регулювання охорони здоров'я, згідно з позиціями фахівців медичного права, також зумовлений науково-технічним прогресом та соціальними, економічними чи політичними факторами.

Медичне право як комплексна галузь права потребує впорядкування розрізнених наукових знань, які протягом понад 70 років створювали представники інших галузевих дисциплін, серед яких важливе місце посідають науки адміністративного та цивільного права.

Теорія права та цивілістична доктрина насичені різноманітними підходами до інтерпретації сутності терміну «правовідносини». Зокрема, під правовідносинами розуміють регульовані правовими нормами і державою гарантовані державою вольові соціальні відносини, які проявляються у конкретному зв'язку між суб'єктами — правомочними (носіями суб'єктивних прав) і зобов'язаними (носіями обов'язків).

І. Д. Романова у своїй праці «Розуміння поняття правовідносин» звертає увагу на те, що «правовідносини — це центральна категорія серед проблематики теорії права. Правовідносини — це особливий вид суспільних відносин, учасники (суб'єкти) яких пов'язані взаємними юридичними правами та обов'язками. Правове відношення завжди передбачає юридичний зв'язок, принаймні, між двома суб'єктами, один з

яких є носієм суб'єктивного права, а інший — носієм юридичного обов'язку. До правовідносин треба підходити так, щоб зрозуміти, що вони беруть участь у генезі права» [3, с. 317].

У правовій літературі правовідношення трактують як ланку, яка пов'язує нормативний правовий акт і ті суспільні відносини, що підлягають правовому регулюванню. Найповніше характер взаємодії правової норми і правового відношення описується як реалізація правової норми. Сама норма — це лише правило поведінки, а її дію, як правило (хоча можливі й інші варіанти), завершує формування правового відношення.

В контексті цивільного права слід звернути увагу на особисте немайнове право як благо і визначати його як об'єкт суб'єктивного немайнового права. Адже різні види благ (політичні, духовні, матеріальні, особисті), будучи невід'ємною частиною суспільних відносин, набувають статусу об'єктів суб'єктивних прав [4, с. 23]. Об'єктом медичних правовідносин є: особисті немайнові блага людини (життя і здоров'я), процес надання медичної допомоги і результат медичної допомоги.

Розглядаючи особисті немайнові блага як об'єкти суб'єктивних цивільних особистих немайнових прав, О. Посикалюк розкриває їх значення в теорії цивільного права, яке, як він гадає, полягає в такому:

- 1) особисті немайнові блага становлять невід'ємну складову в системі об'єктів цивільних суб'єктивних прав;
- 2) особисті немайнові блага, будучи специфічним об'єктом особистих немайнових прав фізичних осіб, слугують однією з характерних ознак останніх, відмежовуючи їх від інших суб'єктивних цивільних прав;
- 3) особистим немайновим благам, через притаманну їм систему ознак, встановлено особливий цивільно-правовий режим, що, своєю чергою, впливає на статику та динаміку особистих немайнових прав фізичних осіб;

4) особисте немайнове благо є поняттям збірним, а отже, об'єднує в собі притаманні ознаки низки однорідних об'єктів, таких як життя, здоров'я, честь, гідність, репутація, ім'я тощо;

5) окремі особисті немайнові блага наділені, поряд із загальними, особливими юридично значущими ознаками, і, так визначають диференціацію особистих немайнових прав фізичних осіб у межах їх системи [4, с. 23-24].

Сучасний стан наукового розуміння правового явища особистих немайнових прав людини обґрунтовує О. Пунда, котрий визначає особисті немайнові права особи як основні права людини, що реалізуються у сфері її природного та соціального життя завдяки комплексному механізму їх здійснення та його організаційно-управлінського забезпечення з боку органів публічної влади [4, с. 25].

Н. Давидова зазначає, що суб'єктивним особистим немайновим правом є «особисте, загальнорегулятивне, довічне право, що не має майнового еквіваленту, об'єктом якого є нематеріальні (духовні) блага, що притаманно всім і кожному незалежно від інших прав, виникає з народження та не відчужується» [4, с. 25].

Розглядаючи правовідносини в галузі медичного обслуговування, які, згідно з встановленим, за своєю суттю є особистими немайновими, потрібно окреслити межі загальних характеристик цих правовідносин. Цивільне правовідношення — базується на нормах цивільного права (законодавчого поля), представляє правовий зв'язок між рівноправними суб'єктами, котрі володіють цивільними правами та обов'язками. Таке правове відношення є особливим типом суспільного зв'язку: воно створюється у відповідності до вимог правових норм, а його учасники мають визначені права і обов'язки, здійснення яких (забезпечення адекватної поведінки учасників правовідносин, характер якої залежить від конкретних обставин) забезпечується можливістю державного примусу [5, с. 74].

Загальні характеристики включають всю сукупність особистих немайнових зв'язків, що становлять предмет цивільного права.

Таким чином, щодо загальних характеристик правових відносин у сфері надання медичної допомоги, які є спільними для усіх особистих немайнових відносин, можна віднести:

1) індивідуальний характер: виникають у зв'язку з втіленням фізичною особою свого особистого немайнового права на отримання медичної допомоги;

2) немайновий характер: правовідносини в галузі надання медичної допомоги з'являються і тривають через немайнові цінності, зокрема такими є життя, здоров'я, честь, гідність, недоторканність, безпека, свобода, приватність, інформація;

3) юридична рівність учасників: розглянуті правові відносини встановлюються і продовжуються між суб'єктами, які самостійно втілюють свої суб'єктивні права і виконують обов'язки. Між цими сторонами не існує відносин влади чи підпорядкування.

4) автономія волі: пацієнту належить право вільно обирати медичний заклад, лікаря, методи лікування тощо. Інший учасник (лікар) у свою чергу має право відмовитися від подальшого спостереження за пацієнтом у передбачених випадках.

Проблематиці поняття та ознак правовідносин з надання медичної допомоги присвячена дисертаційна робота С. Б. Булеци «Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми» (2016 року). На основі власного визначення поняття та ознак правовідносин у сфері здійснення медичної діяльності авторка робить слушний висновок про те, що надання медичної послуги та медичної допомоги є формами реалізації медичної діяльності [6, с. 46]. Автор зазначає, що «медичні правовідносини – це не підстава виникнення вимоги до зобов'язаної особи, а правова конструкція, у рамках якої здійснюється суб'єктивне цивільне право і, відповідно, виконується

суб'єктивний цивільний обов'язок. Саме даний підхід дозволяє найефективніше побудувати теоретичну модель правового механізму гарантованого здійснення права і виконання обов'язків» [6].

Слід зауважити, що правовідносини у сфері надання медичних послуг — це складний, багатогранний процес, який зароджується з моменту організації та безпосереднього здійснення медичного втручання. Ці відносини виникають тоді, коли професійний учасник — лікар чи медичний заклад — починає виконувати комплекс юридичних і фактичних дій, що мають одну ключову мету: зберегти або зміцнити здоров'я пацієнта. Важливо підкреслити, що це здійснюється не лише згідно з умовами договору про надання послуг, а і відповідно до чітких норм та стандартів медичної допомоги. Крім того, невід'ємною умовою є ефективне функціонування всієї системи кваліфікованих суб'єктів, які організовують, керують та контролюють процес надання медичних послуг.

Адміністративно-правове регулювання надання медичної допомоги відіграє ключову роль у публічно-правовій сфері, забезпечуючи державний контроль і нагляд за якістю та доступністю медичних послуг. Воно включає правові підстави визначення режимів надзвичайного та воєнного стану, критерії державних стандартів якості послуг, механізми притягнення до адміністративної відповідальності медичних закладів та персоналу та інші вимоги актів публічного права. Зазначимо, адміністративне право встановлює рамкові умови для функціонування всієї системи охорони здоров'я. Таким чином, правове регулювання відносин у сфері надання медичних послуг має дуалістичний характер, що виявляється у нерозривному поєднанні норм публічного та приватного права, які спрямовані на забезпечення якості, доступності й безпеки медичної допомоги.

Ключову роль у цьому відіграють нормативно-правові акти, які встановлюють права пацієнтів, обов'язки медичних працівників та передбачають механізми відповідальності за порушення цих прав.

Відповідно, «медичні правовідносини» слід визначати як врегульовані нормами права комплексні суспільні відносини, що мають дуалістичний характер і виникають між суб'єктами медичної діяльності та пацієнтами у процесі організації та безпосереднього надання медичної допомоги з метою забезпечення її якості, доступності, безпеки та реалізації взаємних прав і обов'язків сторін.

Основи правового регулювання медичної діяльності визначені у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-XII (далі «Основи»). Цей акт встановив правові, організаційні та соціальні засади охорони здоров'я населення, визначив правовий статус медичних працівників і пацієнтів, умови надання медичних послуг, правові основи діяльності медичних закладів та систему управління охороною здоров'я [7].

До спеціальних законів належать: Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 5 липня 2012 року № 5081-VI, що визначає організаційні та правові засади надання екстреної медичної допомоги та функціонування системи екстреної допомоги [8], Кодекс цивільного захисту України від 2 жовтня 2012 року № 5403-VI, який регламентує надання допомоги в умовах надзвичайних ситуацій природного, техногенного та воєнного характеру [9]; Цивільний Кодекс України від 16 січня 2003 року № 435-IV, що містить норми про договори на надання медичних послуг і відповідальність за шкоду від неналежного лікування [10].

Варто зазначити, що правове регулювання медичних послуг в Україні має багаторівневий характер, у якому важливою складовою виступають підзаконні нормативно-правові акти, що деталізують положення законів і створюють чіткі правила для практичної діяльності медичних установ.

Зокрема, постанови КМУ визначають порядок фінансування програми медичних гарантій, процедури надання окремих видів допомоги

та вимоги до електронної системи охорони здоров'я. Наприклад, Постанова КМУ «Деякі питання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» від 25 квітня 2018 року № 410 закріпила правила укладання договорів між Національною службою здоров'я України та медичними закладами, які бажають отримувати фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» [11], наказ МОЗ «Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України» від 24 лютого 2022 року № 374 [12]. Особливі правовідносини виникають під час військових дій, наприклад діяльність військових медиків, яка додатково врегульована Постановою КМУ «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги військовослужбовцям та проведення взаєморозрахунків між військовими формуваннями» від 18 жовтня 1999 року № 1923 [13].

Накази МОЗ України визначають порядок ліцензування медичної практики, стандарти лікування, протоколи ведення хворих, вимоги до обладнання і кваліфікації персоналу. Так, Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги» від 28 вересня 2012 року № 751 запровадив обов'язковість застосування уніфікованих клінічних протоколів лікування [14]. Ці документи мають імперативний характер, оскільки саме вони визначають мінімальні стандарти надання допомоги, від яких не можуть відступати медичні працівники.

Окремим напрямом правового регулювання є нормативно-правові акти, що стосуються надання медичної допомоги військовослужбовцям та співробітникам силових структур у період військових конфліктів.

Зокрема, Постанова КМУ «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги військовослужбовцям та проведення взаєморозрахунків між військовими формуваннями» від 18 жовтня 1999

року № 1923 встановлює механізм організації надання медичної допомоги у військово-медичних закладах та порядок фінансових розрахунків між різними військовими формуваннями [13].

Крім того, накази Міністерства оборони України, командування ЗСУ та Національної гвардії України регулюють підготовку військових медиків, порядок їхньої роботи у зоні бойових дій та на полі бою.

В умовах воєнного стану актуалізується питання законодавчого забезпечення роботи волонтерських та мобільних медичних структур, що стали ключовим інструментом надання медичних послуг у зоні бойових дій та на тимчасово окупованих землях.

Закон України «Про правовий режим воєнного стану» від 12 травня 2015 року № 389-VIII передбачає можливість залучення волонтерських медичних формувань до виконання завдань у сфері охорони здоров'я під час війни [15].

Закон України «Про оборону України» від 6 грудня 1991 року № 1932-XII визначає правові основи мобілізації медичних ресурсів, у тому числі добровольчих формувань, для забезпечення обороноздатності держави [16].

Завдяки цим актам визначено порядок створення та діяльності добровольчих медичних підрозділів, механізми їх взаємодії з органами влади та військовими формуваннями, гарантії соціального захисту волонтерів і медичних працівників, що діють у зонах підвищеного ризику.

Водночас у мирний час значну увагу приділяють регулюванню доступу до медичних послуг у надзвичайних ситуаціях невоєнного характеру. Зокрема, під час пандемії COVID-19 правове регулювання сфери медичних відносин набуло нових рис: з'явилися норми щодо обов'язкової вакцинації, тимчасового обмеження прав громадян задля захисту громадського здоров'я, запровадження спеціальних режимів роботи медичних закладів [17].

Отже, правове регулювання медичних відносин в Україні є складною і багаторівневою системою, що базується на нормах Конституції України, законів, підзаконних актів, міжнародних договорів та локальних нормативних документів у сфері охорони здоров'я.

Правове регулювання медичних відносин у період воєнного стану відображає загальні тенденції гуманізації права, орієнтації на захист прав людини та інтеграції міжнародних стандартів у національну правову систему. У цьому контексті варто зазначити, що правове регулювання медичних послуг в Україні наближене до європейських стандартів, але водночас стикається з низкою викликів:

- залишається актуальною проблема доступності медичних послуг у сільській місцевості та для соціально вразливих груп;
- існує розрив між формальними стандартами і реальним рівнем забезпечення закладів охорони здоров'я;
- потребує вдосконалення механізм контролю за дотриманням прав пацієнтів, зокрема через створення незалежних інституцій — наприклад, інституту медичного омбудсмена [18, с. 54].

В Україні поступово формується сучасна модель правового регулювання медичних відносин, яка орієнтована на європейські стандарти. Значну роль у цьому відіграють реформування системи охорони здоров'я, впровадження електронного документообігу, договорів між пацієнтами та закладами охорони здоров'я, а також розширення прав пацієнтів на вибір лікаря і закладу. Водночас нормативно-правова база ще потребує вдосконалення — насамперед у частині правового статусу медичних працівників, механізмів захисту персональних даних пацієнтів та врегулювання питань відповідальності у сфері надання медичних послуг. Ефективна система правового регулювання у зазначеній сфері є важливою передумовою реалізації конституційного права особи на охорону здоров'я, а також сприяє формуванню довіри між пацієнтами та медичною системою.

1.2. Склад і зміст медичних правовідносин

Медичні правовідносини у своїй структурі складаються з трьох взаємопов'язаних елементів — суб'єктів, об'єктів та змісту; саме така триєдина модель дозволяє цілісно описати правову природу надання медичної допомоги як у мирний час, так і в умовах воєнного стану. Досліджувані правовідносини є двосторонніми, оскільки завжди існує суб'єкт, що запитує медичну допомогу й, відповідно, її отримує, а також є суб'єкт, який цю медичну послугу надає.

З погляду юридичної науки під суб'єктом правовідносин трактуються індивідуальні або колективні агенти, які, спираючись на діючу правову систему, застосовують свою правосуб'єктність у конкретних відносинах, тобто втілюють у практику суб'єктивні права, обов'язки, повноваження та несуть юридичну відповідальність.

Як зазначає І. І. Петровська: «Суб'єкти правовідносин — це їх учасники, правоздатні та дієздатні суб'єкти суспільного життя, які є носіями юридичних прав та обов'язків» [5, с. 75].

Отже, сформулюємо визначення поняття суб'єктів правовідносин у галузі надання медичних послуг — це фізичні та юридичні особи публічного і приватного права, які застосовують свою правосуб'єктність у правових відносинах в сфері медичного обслуговування, здійснюють юридичні права й обов'язки та несуть юридичну відповідальність у даній сфері.

До складу суб'єктів правовідносин у сфері надання медичної допомоги традиційно включають наступних учасників:

- 1) пацієнт;
- 2) законний представник пацієнта;
- 3) член сім'ї пацієнта;
- 4) медичний працівник;

- 5) заклад охорони здоров'я;
- 6) фізична особа-підприємець, що здійснює господарську діяльність з медично практики.

Для дослідження поняття і змісту правового статусу пацієнта звернемося до визначення поняття. Даний термін використовується такими міжнародно-правовими актами, як Положення про захист прав і конфіденційність пацієнта (1993 рік); Лісабонська декларація щодо прав пацієнтів (1981 рік); Декларація про розвиток прав пацієнтів у Європі (1994 рік); рекомендації Комітету міністрів державам-учасницям щодо проблеми пацієнта як активного учасника свого власного лікування (1980 рік) тощо. [19, с. 53].

Законодавче визначення «пацієнта» зафіксовано у ст. 3 «Основ», у відповідності до нього: «пацієнтом вважається фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою або якій таку допомогу надавали» [7].

А також термін «пацієнт» використовується у низці нормативно-правових актів України, серед яких слід виділити такі групи нормативно-правових актів: затверджені наказами МОЗ положення та інструкції, розпорядження та постанови КМУ. Таке поняття також знаходить своє відображення у ЦК України та інших нормативних актах, які визначають права та обов'язки як пацієнта, так і медичних працівників [7].

О. В. Темченко та Н. О. Абрамович виділяють такі характерні ознаки пацієнта:

- 1) може бути виключно людина;
- 2) особа, яка звернулася за отриманням медичних послуг;
- 3) поняття —пацієнт не може розглядатись відокремлено від виконавця послуг [20, с. 89].

Узагальнюючи вищезазначене, ми можемо запропонувати власне визначення: пацієнт — це фізична особа, яка набуває статусу споживача медичних послуг у результаті звернення за наданням діагностичної, профілактичної, лікувальної чи реабілітаційної медичної допомоги або

шляхом реалізації права бути учасником медико-біологічного експерименту.

Як зазначає Ю. А. Козаченко: «правовий статус пацієнта — це комплексне теоретико-правове явище, що включає правосуб'єктність пацієнта, основні права, обов'язки, відповідальність, гарантії реалізації його прав і свобод тощо» [21, с. 11].

Під правовим статусом пацієнтів розуміємо сукупність у законодавстві закріплених прав, свобод та обов'язків [4, с. 5].

С. Г. Стеценко зазначає, що «правовий статус пацієнта, орієнтований на "нормативну площину" закріплення його елементів, можна розподілити» [27, с. 68] на п'ять рівнів. Автор стверджує, що перший рівень — це «міжнародно-правовий статус», який «складають права, свободи й обов'язки, передбачені міжнародними правовими актами» [27, с. 68], такими як конвенції та пакти. Наступним елементом С. Г. Стеценко визначає «конституційно-правовий статус», оскільки саме він «визначає права, свободи й обов'язки, закріплені в Конституції України» [27, с. 69].

Далі у тексті праці науковець виокремлює «галузевий статус», що «включає права, свободи й обов'язки, встановлені галузевим законодавством» [27, с. 69], та безпосередньо «спеціальний правовий статус», який «забезпечується правами, свободами й обов'язками, якими надаються фізичним особам у процесі їх переходу у спеціального суб'єкта — пацієнта» [27, с. 70]. Завершує цю класифікацію, на думку автора, «індивідуальний правовий статус», що «формується правами, свободами та обов'язками, які набуває людина в ході участі в державному та суспільному житті, вступаючи у конкретні правовідносини» [27, с. 70].

У правничій літературі права та обов'язки учасників правовідносин у галузі медичної допомоги класифікують наступним чином: 1) ті, що становлять сутність (основу правовідносин); 2) специфічні права та обов'язки, закріплені за окремими категоріями громадян; 3) додаткові права та обов'язки.

Згідно з доктринальною класифікацією, запропонованою С. Г. Стеценком та іншими науковцями, права пацієнтів поділяються на дві групи: загальні та додаткові [26, с. 70].

До загальних прав, якими наділений кожен пацієнт незалежно від стану здоров'я чи виду медичної допомоги, відносять:

- соціальні права: право на життя, на медичні профілактичні заходи, на доступність та якість медичної допомоги;
- інформаційні права: право на отримання медичної інформації (про стан здоров'я) після досягнення повноліття, право на медичну таємницю;
- права на самовизначення: право на згоду на медичне втручання (з 14 років), на відмову від втручання (за умови повної цивільної дієздатності), вільний вибір лікаря, закладу охорони здоров'я та методів лікування;
- особисті немайнові права: право на допуск до пацієнта членів сім'ї, опікуна, адвоката, нотаріуса та священнослужителя; право на повагу до гідності та індивідуальний підхід;
- захисні права: право на оскарження неправомірних дій медиків, відшкодування шкоди, незалежну медичну експертизу та захист від дискримінації за станом здоров'я.

Також науковці виокремлюють перелік із 27 пунктів, що деталізують ці аспекти, включно з правом на лікування за кордоном, інновації та попередження болю.

Група додаткових (спеціальних) прав стосується окремих видів медичної діяльності або специфічних станів пацієнта. До них належать права [26, с. 70]:

- 1) у сфері трансплантології та донорства: на донорство крові, передачу органів та анатомічних матеріалів, їх пересадку;
- 2) у сфері репродукції та генетики: на донорство репродуктивних клітин, штучне запліднення, вживання ембріону, використання методів стерилізації, добровільне штучне переривання вагітності;

- 3) у сфері зміни цивільного стану: на зміну (корекцію) статевої ідентичності;
- 4) у сфері експериментальної медицини: на участь у медико-біологічних дослідженнях та застосування нових методик профілактики й лікування, що перебувають на розгляді. При цьому законодавством встановлено чіткі вікові цензи (згода з 14 років) та вимоги щодо інформування про ризики;
- 5) в екстрених випадках: право на ризиковане медичне втручання за умови гострої необхідності, коли усунення небезпеки іншими шляхами неможливе;

Така систематизація дозволяє комплексно оцінити правовий статус пацієнта в Україні та механізми реалізації його прав у різних клінічних ситуаціях.

Обов'язки пацієнтів, що становлять складову спеціального правового статусу, які є універсальними, зафіксованими у ЦК України та «Основах». До їх складу входять перелічені наступні зобов'язання:

- 1) піклуватися про власне здоров'я та дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян;
- 2) проходити профілактичні медичні обстеження і здійснювати вакцинацію;
- 3) надавати невідкладну допомогу іншим громадянам, які опинилися в стані, що загрожує їхньому життю і здоров'ю;
- 4) дотримуватися медичних рекомендацій та правил внутрішнього трудового розпорядку закладу охорони здоров'я;
- 5) отримувати медичну допомогу без власної згоди чи згоди законного представника у випадку наявності ознак прямої загрози життю [10; 7].

До суб'єктів правових відносин у галузі медичного обслуговування варто включити законних представників і членів сім'ї пацієнта.

Попри те, що «Основи» надають законним представникам та членам сім'ї конкретний спектр прав під час надання медичної допомоги пацієнту, визначень, сформульованих у термінологічних конструкціях, чи у

нормативному реєстрі таких осіб у законодавстві, спеціально орієнтованому на сферу охорони здоров'я не передбачено.

Законне представництво у медичному праві регулюється кількома нормативними актами, а саме «Основами», ЦК України (особливо статтями 242, 154, 172), важливо зазначити: «законний представник — це особа, уповноважена законом представляти права та інтереси іншої особи, яка через вік, стан здоров'я або інші обставини не може робити це самостійно». Типовими законними представниками є батьки, усиновлювачі, опікуни та піклувальники, а також прийомні батьки та батьки-вихователі.

Статтею 242 ЦК України визначено ролі законних представників: 1) батьки; 2) усиновлювачі; 3) опікуни; 4) піклувальники; 5) інші особи, встановлені законодавством (це включає представників установ й організацій, під опікою чи піклуванням яких знаходиться пацієнт) [10].

Медичний працівник — один із найважливіших учасників правових відносин у галузі надання медичної допомоги, який безпосередньо бере участь у цьому процесі [22].

Відповідно до Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки, безперервного професійного розвитку та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я» від 15 липня 2021 року № 1665-IX було сформоване визначення «медичний працівник – особа, яка має лікарську або медсестринську професійну кваліфікацію, провадить професійну діяльність із надання медичної допомоги та здійснює інші пов'язані з такою діяльністю заходи відповідно до законодавства, у тому числі як фізична особа - підприємець, яка має ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики» [23]. Це визначення, яке є основою для багатьох нових правил у медицині, має дві важливі особливості. З одного боку, воно є занадто вузьким, оскільки чітко обмежує статус «медичного працівника» лише тими, хто має лікарську або медсестринську кваліфікацію. Це створює

невизначеність для інших важливих спеціалістів, таких як фізичні терапевти чи медичні психологи, чия робота теж пов'язана з допомогою пацієнтам. З іншого боку, визначення вирішує важливе питання про те, де працює фахівець: воно прямо включає до цієї категорії лікарів, які працюють в закладах охорони здоров'я будь-якої форми власності. Це означає, що вимоги до якості роботи та обов'язки щодо постійного навчання стають однаковими для всіх, хто надає медичну допомогу, незалежно від того, чи працюють вони в державній чи приватній сфері.

Іншою категорією учасників правовідносин у галузі медичної допомоги є заклади охорони здоров'я та фізичні особи — підприємці, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики. Ст. 3 «Основ» дає визначення: «заклад охорони здоров'я — юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації» [7].

З огляду на класифікацію правових взаємовідносин, відносини в сфері медичної допомоги для цих суб'єктів будуть представниками правових зв'язків, спрямованих на організацію надання медичної допомоги, а також інформаційних відносин, які опосередковують процес медичного обслуговування. Це продиктовано особливим правовим статусом зазначених суб'єктів, оскільки вони є суб'єктами господарської діяльності та здійснюють господарську практику в медичній галузі.

Їхня функція у правовідносинах у сфері медичної допомоги обмежується організацією процесу надання лікувальних послуг пацієнту і полягає не в безпосередньому здійсненні медичної допомоги, а в забезпеченні її проведення. Такий висновок можна зробити, проаналізувавши, зокрема, статтю 35-1 «Основ», згідно з якою: «зклади охорони здоров'я та фізичні особи-підприємці, що отримали ліцензію на

здійснення господарської діяльності в медичній практиці, забезпечують здійснення медичної допомоги» [7].

Фізичні особи-підприємці, які здійснюють господарську діяльність у сфері медичної практики, здатні не лише організувати процес надання медичної допомоги, а й безпосередньо її здійснювати, та таким чином поєднувати одночасно дві ролі — суб'єкта господарювання та медичного працівника [7].

Згідно з нормативними вимогами, господарська діяльність у медичній практиці являє собою один із видів економічної діяльності в галузі охорони здоров'я, яка здійснюється медзакладами та фізичними особами-підприємцями з метою надання медичних послуг та медичного обслуговування на підставі ліцензії. З наведеного визначення випливає, що медична допомога та медичне обслуговування є кінцевою метою господарської діяльності з медичної практики, а необхідною умовою, щоб суб'єкт господарювання міг здійснювати таку господарську діяльність, це отримання ним ліцензії у встановленому порядку [24, с. 100].

Питання про об'єкт правовідносин залишається предметом дискусії як у теорії права, так і в цивілістичній науці. Переважає думка, що більшість дослідників вважає об'єкт невід'ємною складовою будь-якого цивільного правовідношення.

Зокрема, Т. Й. Білоус стверджує: «що об'єкт правовідношення важливий для виникнення та розвитку численних правових відносин, проте не являється складовою їхньої структури», прихильником такої ж позиції безоб'єктних правовідносин підтримував Я. В. Лазур [25, с. 100].

Підтримуємо наукову точку зору, згідно якої об'єкт становить необхідний складник цивільного правовідношень, бо саме на нього орієнтуються дії учасників цивільного правовідносин щодо реалізації своїх прав і виконання обов'язків; отже, стверджувати про наявність безоб'єктних правовідносин немає підстав.

Тлумачення терміну «об'єкт правовідносин», наведені правовими теоретиками, показують, що об'єктом правовідносин виступає певні блага, щодо яких формуються правовідносини.

Зокрема, багато авторів розглядають об'єкт юридичних відносин як конкретне особисте або суспільне благо, для досягнення та використання якого створюються юридичні права суб'єкта, підкріплені юридичними обов'язками іншого суб'єкта.

Базовими об'єктами медичних правовідносин виступають немайнові блага — життя і здоров'я людини, фізична та психічна недоторканність; об'єктом є також сам процес надання медичної допомоги послуга (виконання) медичним закладом чи фізичної особи-підприємця, який здійснює господарську діяльність у галузі медичної практики, спрямовану на організацію надання лікувальної допомоги.

До матеріальних об'єктів належать лікарські засоби, вироби медичного призначення, обладнання та інші ресурси, без яких неможливе надання допомоги. Окрему групу становлять інформаційні об'єкти — медична документація та персональні дані пацієнта, що підлягають правовому захисту; їх оброблення ґрунтується на законних підставах, а доступ і передача здійснюються з дотриманням вимог конфіденційності та безпеки.

Воєнний стан розширює спектр об'єктів за рахунок евакуації та медичного транспортування, діяльності мобільних шпиталів і тимчасових пунктів допомоги, тривалих програм реабілітації та протезування, а також психологічної допомоги постраждалим — усі ці форми стають самостійними об'єктами правового регулювання, оскільки від них залежить безперервність допомоги. Отже, об'єкти медичних правовідносин також зазнали змін: поряд із традиційними благами — життям і здоров'ям — у центрі уваги опинилися процеси медичної евакуації, психологічна допомога, реабілітація та протезування постраждалих від бойових дій. Це

зумовлює потребу у комплексному підході до правового регулювання, який враховуватиме нові потреби суспільства.

Зміст медичних правовідносин становлять суб'єктивні юридичні права та обов'язки їх учасників, що знаходять свою реалізацію в поведінці суб'єктів. Так, В. І. Льопко та М. В. Кокошко виокремлюють три групи прав та обов'язків у медичних правовідносинах:

1) ті, що становлять основу (суть) правовідносин: право пацієнта на охорону здоров'я й на отримання медичної допомоги та кореспондуючий обов'язок медичного працівника її надати (за наявності медичних показань). Такі права й обов'язки є універсальними, вони є в кожному медичному правовідношенні;

2) специфічні права та обов'язки (вони закріплюються за окремими категоріями громадян, виникають у певних ситуаціях та за специфічних обставин): право матері на перебування в стаціонарі з дитиною, яка потребує догляду, та обов'язок лікувальної установи забезпечити його реалізацію; право пацієнта на оплачувану відпустку й інші компенсаційні заходи з огляду на перенесене захворювання та необхідність реабілітаційних заходів тощо;

3) додаткові права та обов'язки (йдеться про договірні правовідносини, тобто це такі додаткові умови, щодо яких суб'єкти досягли згоди під час укладення договору з надання медичної допомоги). Зазвичай передбачаються особливості лікування, реабілітації, більш комфортельні для пацієнта умови. Іншими словами, це будь-які права та обов'язки, які не належать до перших двох категорій [22, с. 255].

Складовою частиною правового статусу споживачів медичних послуг є їхні юридичні обов'язки, які визначають міру належної поведінки суб'єктів правовідносин.

До таких обов'язків належать: - турбота про власне здоров'я та здоров'я інших осіб, зокрема членів сім'ї; - дотримання правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я; - надання лікарю

достовірної інформації, необхідної для встановлення точного діагнозу та вибору стратегії лікування; - виконання обов'язкових розпоряджень лікаря після надання згоди на медичне втручання; - проходження профілактичних медичних оглядів і вакцинацій у випадках, передбачених законодавством; - своєчасне звернення до лікаря при підозрі на захворювання, яке може становити ризик масового поширення, наприклад Covid-19.

Висновок до Розділу 1. Підсумовуючи викладене у першому розділі, можна зазначити, що розвиток медичного права тісно пов'язаний із соціально-економічними та політичними процесами. Виділяється періодизація, що охоплює етапи від кризи 90-х до сучасного періоду глобалізаційних викликів та воєнного стану. Аналіз показав, що правове регулювання має дуалістичний характер, поєднуючи норми публічного права (адміністративне регулювання, стандарти, ліцензування, контроль) та приватного права (договірні відносини, цивільна відповідальність, особисті немайнові права). Законодавча база України в цій сфері є багаторівневою системою, яка ґрунтується на Конституції України, «Основах» та ЦК, однак значного значення набувають підзаконні акти, що деталізують механізми надання допомоги. Особливістю сучасного етапу розвитку є адаптація правового поля до умов воєнного стану, що зумовило появу нових нормативних механізмів регулювання діяльності військових медиків, волонтерських формувань, мобільних шпиталів та процесів медичної евакуації.

Окрему увагу в розділі приділено теоретичному осмисленню сутності досліджуваних відносин, зокрема через призму наукових підходів до їх визначення як правової конструкції, в межах якої здійснюється реалізація суб'єктивних прав та виконання обов'язків. Встановлено, що надання медичної послуги та медичної допомоги є формами реалізації медичної діяльності, яка становить собою складний, багатогранний процес. Він розпочинається з моменту організації медичного втручання та поєднує в собі виконання комплексу юридичних і фактичних дій професійними

суб'єктами. Ключовою особливістю цього процесу є те, що він регламентується не лише умовами договору, а й чіткими медичними стандартами та нормами, маючи на меті збереження здоров'я пацієнта.

Суттєвим доповненням сучасної системи регулювання стали нормативно-правові акти, що регламентують діяльність в екстремальних умовах. Зокрема, накази військового командування та спеціальні закони («Про правовий режим воєнного стану», «Про оборону України») визначають порядок підготовки військових медиків, а також створюють правові засади для залучення волонтерських та мобільних формувань, які стали ключовим інструментом допомоги у зоні бойових дій. Цей спеціальний режим доповнюється досвідом реагування на надзвичайні ситуації мирного часу, наприклад пандемію COVID-19, що сформував прецеденти тимчасового обмеження прав громадян та обов'язкової вакцинації задля захисту громадського здоров'я.

Структурний аналіз медичних правовідносин дозволив виокремити їх триєдиний склад, що включає суб'єктів, об'єкти та зміст. Суб'єктний склад охоплює пацієнтів як споживачів послуг, наділених широким спектром загальних і спеціальних прав, медичних працівників, чий статус уніфіковано за професійною кваліфікацією, а також заклади охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які виступають організаторами медичної діяльності.

Об'єктами цих правовідносин визначено не лише особисті немайнові блага — життя та здоров'я, а й сам процес надання допомоги, матеріальні ресурси та інформацію. Важливо зазначити, що в умовах війни спектр об'єктів розширився за рахунок процесів реабілітації, протезування та психологічної допомоги постраждалим.

Змістом правовідносин виступають суб'єктивні права та юридичні обов'язки сторін, які поділяються на основні (суть лікування), специфічні (для окремих категорій) та додаткові (договірні). Реалізація прав та

обов'язків спрямована на забезпечення якості та безпеки медичного обслуговування.

Українська модель наближається до європейських стандартів (автономія пацієнта, електронна система), проте залишаються проблеми доступності послуг, невідповідності ресурсного забезпечення стандартам та потреба у вдосконаленні захисту прав (зокрема, інститут медичного омбудсмена). Відтак, подальший розвиток законодавства вимагає не лише формальної адаптації норм, а й створення дієвих механізмів реалізації юридичної відповідальності та гарантування безпеки медичної діяльності. Вирішення цих питань є критично необхідним для побудови збалансованої системи охорони здоров'я, яка здатна ефективно реагувати на сучасні виклики та забезпечувати високу якість життя громадян.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАВОВІДНОСИН В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Види медичних правовідносин у період воєнного стану

Медичні правовідносини у період воєнного стану характеризуються істотним розширенням їхнього змісту, суб'єктного складу та правової природи. Воєнний стан як особливий правовий режим впливає на всі сфери суспільного життя, включаючи охорону здоров'я, що обумовлює адаптацію існуючих правових моделей та появу нових форм взаємодії між суб'єктами права [28, с. 66].

Закон України «Про правовий режим воєнного стану» від 12 травня 2015 року № 389-VIII формує поняття: «воєнний стан – це особливий правовий режим, що вводиться в Україні або в окремих її місцевостях у разі збройної агресії чи загрози нападу, небезпеки державній незалежності України, її територіальній цілісності та передбачає надання відповідним органам державної влади, військовому командуванню, військовим адміністраціям та органам місцевого самоврядування повноважень, необхідних для відвернення загрози, відсічі збройної агресії та забезпечення національної безпеки, усунення загрози небезпеки державній незалежності України, її територіальній цілісності, а також тимчасове, зумовлене загрозою, обмеження конституційних прав і свобод людини і громадянина та прав і законних інтересів юридичних осіб із зазначенням строку дії цих обмежень» [15]. Впровадження воєнного стану внесло зміни в організації роботи закладів охорони здоров'я, забезпеченні евакуації поранених, використанні мобільних шпиталів і регламентацію медичного забезпечення в умовах бойових дій.

У воєнний час можна виділити кілька основних груп медичних правовідносин, які зазнали найбільшого впливу воєнного стану: правовідносини, пов'язані з організацією екстреної медичної допомоги, пов'язані з наданням дистанційних медичних послуг, правовідносини в сфері реабілітаційних послуг, медичне сортування та інші.

Правові, організаційні та економічні засади функціонування системи невідкладної медицини визначені Законом України «Про екстрену медичну допомогу» від 5 липня 2012 року № 5081-VI. Стаття 1 цього Закону визначає систему екстреної медичної допомоги як «сукупність закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів, які забезпечують організацію та надання екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків» [8].

Організація екстреної медичної допомоги охоплює мобілізацію ресурсів системи охорони здоров'я для прийому постраждалих, створення мобільних шпиталів та евакуаційних пунктів, а також взаємодію між військовою та цивільною медициною. Важливим нормативним джерелом виступає Наказ МОЗ України «Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії РФ проти України» від 24 лютого 2022 року № 374 [12], яким передбачено створення додаткових потужностей для прийому поранених, резервів медикаментів та евакуаційних маршрутів.

Правовідносини у сфері мобільної медицини та телемедицини. Мобільні амбулаторії, які до 2022 року здебільшого виконували епідеміологічні функції (зокрема під час пандемії COVID-19), нині забезпечують первинну допомогу, стабілізацію стану поранених, проведення невідкладних процедур у прифронтових районах [29, с. 32].

Порядок надання медичної допомоги регламентований Наказом МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» від 19 жовтня 2015 року № 681,

яка у воєнних умовах стала важливим інструментом дистанційного консультування, діагностики та навчання медичного персоналу [30].

Згідно з ВООЗ, телемедицина — це надання медичних послуг у випадках, коли відстань виступає вирішальним фактором, здійснюване медичними працівниками за допомогою інформаційних та комунікаційних технологій для обміну достовірними даними, що слугують діагностиці, лікуванню, профілактиці хвороб і травм, проведенню досліджень та оцінок, а також для підвищення кваліфікації медичного персоналу, все це задля покращення здоров'я людей і їхніх спільнот [31, с. 112].

Відповідно до Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я»: «телемедицина — це сукупність дій, технологій і заходів, які застосовуються при наданні медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку у формі обміну електронними повідомленнями» [30].

Обсяг використання телемедицини важко переоцінити. Цей вид медичної допомоги застосовують як під час первинних прийомів у лікаря загальної практики чи вузького спеціаліста, так і при повторних візитах — для розшифрування результатів аналізів, контролю ефективності лікування та отримання даних про динаміку стану пацієнта.

Крім того, телемедичні технології активно використовуються серед медичного персоналу — для консультацій колег-спеціалістів, передачі даних обстежень та роботи з електронними медичними базами. В той же час надання медичних послуг за допомогою месенджерів та різних інтернет платформ залишається поза правового регулювання.

Починаючи з 2020 року в Україні та у всьому світі спостерігається справжній сплеск використання дистанційних способів надання медичної допомоги, оскільки пандемія охопила планету. З'являється величезна кількість телемедичних сервісів, в тому числі і приватних, які працюють безкоштовно для пацієнтів [32, с. 110].

Одним із напрямів є правовідносини у сфері реабілітації постраждалих. Правові взаємовідносини в галузі реабілітації постраждалих становлять особливий вид суспільних відносин, які регулюються правовими нормами і виникають під час надання особам медичної, психологічної, соціальної та професійної допомоги з метою відновлення їхнього здоров'я, працездатності та соціальної інтеграції. Особливостями надання реабілітаційних послуг є широке залучення фахівців з немедичною освітою, але збереженням обов'язку ліцензування та дотриманням стандартів надання медичної допомоги. Нормативно-правове регулювання сфери реабілітації є комплексним і охоплює різні галузі права. Основу складають: Конституція України (ст. 3, 49), яка закріплює право людини на охорону здоров'я та соціальний захист; Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03 грудня 2020 року № 1053-IX, що визначає систему організації реабілітаційної допомоги [33]; Закон України «Про соціальні послуги» від 17 січня 2019 року № 2671-VIII, який регламентує порядок надання соціальної та реабілітаційної допомоги [34]; Постанова КМУ «Деякі питання організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я» від 21 квітня 2021 року № 390, яка регламентує механізм організації та надання реабілітаційної допомоги у закладах охорони здоров'я, а також визначає вимоги до мультидисциплінарних реабілітаційних команд [35].

Неврегульованих питань у сфері правовідносин з реабілітації декілька. Відсутність уніфікованого підходу до встановлення статусу «постраждалої особи». Законодавчі акти передбачають різні категорії – «особи з інвалідністю», «ветерани війни», «потерпілі від надзвичайних ситуацій», проте немає загального правового визначення терміну «постражданий», яке б слугувало підставою для надання реабілітаційних послуг. Це створює правові протиріччя і різноманітність практичних рішень. Недостатня кількість норм, що охоплює комплексність реабілітації. У Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» основна увага

приділяється медичному аспекту, тоді як питання психологічної, соціальної, освітньої та професійної реабілітації залишаються недостатньо деталізованими та систематизованими. Проблематика правового регулювання сфери реабілітації в Україні характеризується фрагментарністю нормативної бази: положення щодо реабілітації розкидані по різних законодавчих актах (про охорону здоров'я, соціальні послуги, статус ветеранів, захист осіб з інвалідністю тощо), при цьому відсутній єдиний кодифікований документ. Також існує невизначеність механізмів фінансування: незважаючи на конституційні гарантії, джерела та розміри покриття витрат на комплексну реабілітацію, особливо для цивільних осіб, які постраждали внаслідок збройної агресії, залишаються нечітко прописаними. Крім того, важливою проблемою є відсутність уніфікованих стандартів і протоколів для психологічної та соціальної реабілітації, що призводить до варіативності якості послуг. Також спостерігається обмежена правова регламентація інклюзивності та доступності, оскільки практичні механізми забезпечення доступу до інфраструктури, незважаючи на ратифікацію Конвенції ООН, недостатньо закріплені. На додаток, відчувається нестача регулювання цифрових форм реабілітації (телемедицина, онлайн-програми), що є критичним в умовах війни. Нарешті, комплексну картину доповнює відсутність ефективного механізму моніторингу та контролю якості наданих послуг.

Особливим видом є правовідносини у сфері медичного сортування. Актуальність цього механізму зросла під час пандемії COVID-19, коли критичне навантаження на медичні заклади зумовило необхідність розподілу пацієнтів залежно від тяжкості їхнього клінічного стану.

За визначенням О. Шекери та В. Ткаченка, медичне сортування є розподілом постраждалих і хворих на категорії. Такий розподіл ґрунтується на медичних показаннях, необхідному обсязі допомоги та прийнятому порядку евакуації, і має на меті визначити однорідні групи для лікування та евакуації [38, с. 136].

Дослідники С. Гур'єв, В. Шишук та Ю. Шкатула дають таке визначення «медичний тріаж – це розподіл постраждалих на певні групи за принципом потреби в однотипних лікувально-профілактичних та евакуаційних заходах залежно від медичних показань та конкретних обставин, що склалися в зоні надзвичайних ситуацій» [37, с. 32-33].

В умовах обмежених ресурсів та нагальної потреби у лікуванні, сортування виступає інструментом ефективною пріоритезації пацієнтів. Цей підхід спирається на ключове правило: «Медичне сортування засноване на принципі необхідності надання екстреної медичної допомоги у максимально короткий термін, якомога більшої кількості постраждалих, що мають хоч якийсь шанс на життя» [40].

Відповідно до чинних стандартів, медичне сортування є безперервним процесом, що розпочинається безпосередньо на місці події або в пункті збору поранених та триває на всіх етапах медичної евакуації. Я. Заруцький та В. Білий у підручнику «Військово-польова хірургія» класифікують сортування на два основні види, які здійснюються під час роботи етапів медичної евакуації. Першим є внутрішньопунктове сортування. Автори зазначають, що це «розподіл поранених і хворих на групи для направлення до відповідних функціональних підрозділів даного етапу медичної евакуації та встановлення черговості надання їм медичної допомоги» [39, с. 38].

Другим видом є евакуаційно-транспортне сортування, яке науковці визначають як «розподіл поранених і хворих на групи згідно з евакуаційним призначенням, черговістю, способами і засобами подальшої евакуації» [39, с. 39].

Представники Всесвітньої медичної асоціації, попри безумовний гуманізм своєї місії, визнають, що «недоречно намагатися будь-якою ціною рятувати життя безнадійного хворого, цим самим даремно витрачаючи і так обмежені ресурси, які вкрай необхідні іншим» [40, с. 46-47].

Дослідники В. Д. Шищук, С. І. Редько та М. М. Ляпа виокремлюють специфічні категорії поранених, робота з якими вимагає виняткових заходів безпеки та особливого алгоритму сортування. До них належать особи: «В тілі яких залишилися боєприпаси, що не здетонували. Таких пацієнтів потрібно терміново відділити та лікувати в останню чергу, використовуючи процедури особливого поводження з такими пораненими.

Постраждали, яких привозять із зараженням, отриманим на полі бою, де використовувалася ядерна, біологічна чи хімічна зброя. Таких постраждалих потрібно знезаразити перед допуском до медичного закладу. Долікарську допомогу може бути надано на вулиці біля медичного закладу за допомогою належним чином одягненого персоналу.

Поранені, що є військовополоненими чи затриманими – дуже важливо вчасно виявити терористів-смертників та «людські міни сюрпризи» за допомогою ретельного огляду, роззброєння та відкидання усіх постраждалих перед їх допуском до місць надання медичної допомоги, включно із зоною проведення тріажу» [31, с. 80].

Як зазначають у підручнику «Військово-польова хірургія» Я. Заруцький та В. Білий, в умовах бойових дій сортування базується на жорсткому правилі, за якого «інтереси окремого пораненого підпорядковуються інтересам медичного забезпечення військ в цілому» [39, с. 45]. Це означає, що головним завданням стає не просто порятунок життя, а «повернення до строю та до активного життя максимально можливої кількості поранених» [39, с. 46].

У мирний час (цивільна модель) пріоритет завжди надається найтяжчим пацієнтам. Система налаштована на те, щоб врятувати людину в критичному стані, навіть якщо це вимагає залучення значної кількості фахівців та обладнання. У воєнний час (військова модель) діє принцип тактичної доцільності. Як вказує професор І. Хоменко, при масовому надходженні поранених пріоритет (перша черга) надається тим, хто «має найбільші шанси на виживання та відновлення боєздатності при наданні

своєчасної медичної допомоги» [37, с. 22]. Тобто, на відміну від цивільної медицини, увага концентрується на тих, кого можна врятувати швидше і з меншими витратами ресурсів, щоб зберегти їх для подальшої оборони.

Між цивільним та військовим законодавством існує суттєва відмінність у питанні надання допомоги безнадійним пацієнтам. Якщо у цивільному житті відмова лікаря боротися за життя людини кваліфікується як кримінальний злочин (ненадання допомоги), то у військовій медицині такий підхід виправданий крайньою необхідністю. Цю позицію обґрунтовує В. Пасько у підручнику «Організація медичного забезпечення військ», зазначаючи, що порятунок осіб з травмами, несумісними з життям, «вимагає значних сил та засобів і може зашкодити наданню допомоги перспективним пораненим» [39, с. 68]. Таким пацієнтам надається лише паліативна допомога (знеболення), а евакуація здійснюється в останню чергу, якщо дозволяє обстановка.

Науковець В. Кузьмін підсумовує цю різницю так: «У мирний час сортування є клінічним інструментом для оптимізації черги, тоді як у воєнний час це інструмент управління дефіцитними ресурсами» [41, с. 14].

У період воєнного стану виникають нові правовідносини, пов'язані із забезпеченням медичних послуг для внутрішньо переміщених осіб (далі – ВПО). Слід зазначити, що, як визначив Т. Кульчицький, «внутрішньо переміщені особи – це особи, або група осіб, які змушені покинути своє місце проживання в результаті ускладнення політичної, соціальної, економічної, екологічної ситуації у відповідній адміністративно-територіальній одиниці, з метою уникнення порушень прав людини, воєнного конфлікту, жорстокого поводження і потребують правового та соціального захисту держави» [42, с. 55].

В. Михайловський визначає поняття ВПО «це громадянин України, особа без громадянства чи іноземець, який перебуває на території України на законних підставах і змушений та/або вимушений покинути своє житло або постійне місце свого проживання, зокрема в результаті чи з метою

уникнення наслідків збройного конфлікту, постійних проявів насильства, порушень прав людини, природних чи техногенних катастроф, окупації території іноземною державою або порушень норм міжнародного гуманітарного права (МГУ) або інших обставин, що походять з попередніх ситуацій, які можуть радикально змінити суспільний порядок» [43, с. 155].

Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» від 20 жовтня 2014 року № 1706-VII, розкриває поняття «внутрішньо переміщеною особою є громадянин України, іноземець або особа без громадянства, яка перебуває на території України на законних підставах та має право на постійне проживання в Україні, яку змусили залишити або покинути своє місце проживання у результаті або з метою уникнення негативних наслідків збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних проявів насильства, порушень прав людини та надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру» [44]. Характерними ознаками внутрішньо переміщених осіб можна назвати: це виключно фізичні особи, громадяни України, або особи, які на інших правових підставах проживають в Україні, вимушено залишили місце постійного проживання через загрозу здоров'ю та життю, потребують соціального забезпечення від держави.

Отже, до ВПО відносяться виключно фізичні особи, які мають громадянство або інші законні підстави для проживання в Україні, були вимушені покинути свої домівки через загрозу життю та здоров'ю і потребують соціального та правового забезпечення з боку держави. Підставами для отримання цього статусу є обов'язкове проживання на території, де на момент виникнення склалися обставини збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних проявів насильства, порушень прав людини чи надзвичайних ситуацій природного або техногенного характеру, а також подання відповідної заяви до структурного підрозділу з питань соціального захисту населення разом із документами, що підтверджують особу.

Згідно з частиною 1 статті 9 Закону України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» внутрішньо переміщена особа має право на: «безпечні умови життя і здоров'я; інформацію про наявність загрози для здоров'я на території покинутого місця проживання та місця тимчасового поселення; забезпечення лікарськими засобами у випадках та порядку, визначених законодавством; надання необхідної медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я тощо» [44]. Особи з інвалідністю мають право на забезпечення допоміжними засобами реабілітації та на отримання реабілітаційних послуг, за умови наявності документів що підтверджують право на ці послуги та засоби, а у разі їх відсутності – за даними Централізованого банку даних з проблем інвалідності та індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю або дитини з інвалідністю. Така процедура можлива для осіб, яким вже встановлена група інвалідності, а відповідні дані внесені у зазначений Централізований банк. Якщо є потреба у відновленні документів про інвалідність, або група інвалідності встановлюється вперше, особа повинна звернутися до лікаря за місцем перебування і повторно пройти комісію з оцінки повсякденної функціональності особи (в минулому МСЕК).

Особливості надання первинної медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам під час воєнного стану визначає Наказ МОЗУ «Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану» від 17.03.2022 року № 496. Заклад охорони здоров'я, який надає первинну медичну допомогу (на рівні сімейної медицини) повинен забезпечити: «1) ведення обліку переміщених осіб, які звертаються для отримання первинної медичної допомоги, за формою, що додається; 2) надання первинної медичної допомоги та медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані з числа переміщених осіб; 3) проведення вакцинації відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень» [45]. Внутрішньо переміщена особа, яка потребує спеціалізованої медичної допомоги (вторинного рівня), має звернутися до територіального закладу

охорони здоров'я та отримати направлення до медичного закладу відповідного профілю. Щоб повноцінно реалізувати право на медичну допомогу, внутрішньо переміщена особа зобов'язана укласти декларацію з сімейним лікарем за місцем реєстрації. Для укладення декларації за тимчасовим місцем проживання, необхідно надати документ, що посвідчує особу. За відсутності такого, можна скористатись довідкою про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи, або іншими наявними документами. Зазначимо, що в укладенні декларації може бути відмовлено лікарем, при умові вже вичерпного ліміту укладених раніше декларацій. Законодавство гарантує рівний доступ до медичних послуг, але на практиці внутрішньо переміщені особи можуть отримати відмови.

Окремо слід виділити правовідносини у сфері військово-цивільної взаємодії. Забезпечення медичною допомогою в умовах бойових дій здійснюється як силами військово-медичної служби ЗСУ, так і цивільними лікарнями. Це вимагає тісної координації між Міністерством оборони України, МОЗ України та військово-цивільними адміністраціями. Основними завданнями є оперативне перепрофілювання медичних закладів, організація маршрутів евакуації та синхронізація дій різних рівнів медичної допомоги [7].

Зазначимо, що перераховані види правовідносин ґрунтуються на положеннях МГП: Женевську конвенцію про захист цивільного населення під час війни 1949 року та Додатковий протокол I 1977 року, які зобов'язують держави забезпечувати захист цивільного населення, поранених, хворих та медичного персоналу, що прямо відображається у правовій системі України. Таким чином, національне законодавство у сфері охорони здоров'я під час війни формується на перетині внутрішніх норм та міжнародних стандартів [46, 47].

У період воєнного стану медичні правовідносини набувають особливого значення, оскільки функціонування системи охорони здоров'я зазнає суттєвих змін. Окрім традиційних зв'язків між пацієнтами,

медичними працівниками та закладами охорони здоров'я, з'являються нові правові аспекти, пов'язані з наданням допомоги військовослужбовцям, ВПО, постраждалим цивільним, а також із мобілізацією медичного персоналу. Такі відносини відзначаються підвищеною відповідальністю держави в організації медичної допомоги та необхідністю швидкого реагування на надзвичайні ситуації. У цих умовах зростає значення норм публічного права, які регулюють роботу медичних закладів, управління ресурсами, організацію евакуації та захисту пацієнтів. Незважаючи на обмеження, що виникають через воєнний стан, держава повинна гарантувати дотримання базових прав людини на життя і медичну допомогу. Таким чином, медичні правовідносини в умовах війни стають поєднанням елементів надзвичайного правового режиму та гуманітарних принципів, забезпечуючи функціональність системи охорони здоров'я навіть у найскладніші періоди.

2.2. Права та обов'язки суб'єктів медичних правовідносин в умовах військового часу

В умовах воєнного стану правове регулювання охорони здоров'я фокусується не тільки на організаційних аспектах медичного забезпечення, також стосується трансформації обсягу прав та обов'язків учасників медичних правовідносин. Війна виступає каталізатором, що зміщує акценти з диспозитивних норм мирного часу на імперативні приписи, необхідні для виживання нації. У цьому контексті правовий статус ключових суб'єктів: пацієнта та медичного працівника, набуває нових, часто колізійних рис, що вимагає детального аналізу.

Відповідно до Закону України «Про правовий режим воєнного стану» вказаний правовий режим передбачає можливість тимчасового обмеження окремих конституційних прав і свобод громадян. Зокрема, відповідно до Указу Президента України «Про введення воєнного стану в

Україні» від 24 лютого 2022 року № 64/2022, мова йде про обмеження прав, передбачених статтями 30–34, 38, 39, 41–44, 53 Конституції України (зокрема, недоторканність житла, таємниця листування, свобода пересування, свобода думки і слова, право на мирні зібрання, право власності та право на працю). Водночас, незважаючи на допустимість певних обмежень згідно зі ст. 64 Конституції України, право людини на охорону здоров'я та медичну допомогу (ст. 49 Конституції) залишається чинним та розглядається як одне з основоположних, що гарантується також МГП зокрема Женевськими конвенціями про захист жертв війни від 12 серпня 1949 року [15; 48; 46].

Сучасні умови вимагають трансформації, адаптуючись до необхідності функціонування єдиного медичного простору. Зокрема, це зумовлено фактичним об'єднанням ресурсів військової та цивільної медицини, перетворенням лікарень на самостійні підприємства та переходом до фінансування за реально надані послуги (договірна модель). У мирний час правовий статус пацієнта ґрунтується на статті 49 Конституції України та розділі II «Основ», які гарантують фундаментальні права на охорону здоров'я, вільний вибір лікаря, достовірну інформацію та лікарську таємницю. Ці базові гарантії залишаються непорушними, однак механізм їх реалізації сьогодні адаптується до воєнних викликів. [7, 48]

У період воєнного стану гарантії прав пацієнтів суттєво розширюються шляхом застосування норм МГП. Зокрема, Женевська конвенція про захист цивільного населення під час війни від 12 серпня 1949 року визначає гуманітарні стандарти поведінки з мирним населенням на окупованих територіях та в зоні бойових дій, імперативно забороняючи насилля над життям і здоров'ям. У свою чергу, Додаткові протоколи 1977 року (Протокол I та II) конкретизують захист жертв міжнародних та неміжнародних збройних конфліктів, окремо закріплюючи недоторканність поранених, хворих та медичного персоналу [46, 47].

Пацієнти наділені комплексом прав та обов'язків, які визначають зміст їхнього правового статусу в сфері охорони здоров'я. В. Тарасенко та О. Щукін систематизують особисті немайнові права пацієнта, виокремлюючи три ключові групи: «а) права, пов'язані із наданням медичної допомоги (право на надання медичної допомоги в умовах, що відповідають санітарно-гігієнічним вимогам; право на поважне та гуманне ставлення з боку медичного та обслуговуючого персоналу; право на вибір лікаря, методу лікування та лікувального закладу; право на проведення за його проханням консилиуму та консультацій інших спеціалістів; право на полегшення болю, що пов'язаний із захворюванням чи медичним втручанням, та ін.); б) права, пов'язані з інформованістю пацієнта (право на отримання повної, достовірної, своєчасної та в доступній формі інформації про стан свого здоров'я; право на отримання повної, достовірної, своєчасної та в доступній формі інформації про безпечні, ефективні, доступні та прийнятні методи профілактики, діагностики, лікування та медико-соціальної реабілітації здоров'я; право на отримання повної, достовірної, своєчасної та в доступній формі інформації про обрану методику лікування та її наслідки; право на отримання повної, достовірної, своєчасної та в доступній формі інформації про умови отримання висококваліфікованих послуг по забезпеченню та охороні здоров'я та ін.); в) права, що забезпечують медичну таємницю (право на таємницю про факт звернення за медичною допомогою, про встановлений діагноз, про застосовувані методи профілактики та лікування тощо)» [50].

А. О. Дутко та К. П. Ковбаса стверджують, що пацієнт зобов'язаний «1) вживати заходів для збереження та зміцнення свого здоров'я; 2) поважати та тактовно спілкування з медичними працівниками; 3) надавати лікарю всю інформацію, необхідну для діагностики та лікування захворювання; 4) дотримуватися правил внутрішнього розпорядку медичного закладу та ретельно ставитися до майна медичної організації, співпрацювати з медичним персоналом після отримання медичної

допомоги; 5) своєчасно інформувати працівників охорони здоров'я про зміну стану свого здоров'я в процесі діагностики та лікування, а також у випадках захворювань, небезпечних для інших, або підозри на них; 6) не вчиняти дії, які порушують права інших пацієнтів; 7) дотримуватися інших обов'язків, передбачених законам» [18, с. 53].

Поділяючи наведену точку зору, вважаємо, що деталізація обов'язків та прав пацієнта підкреслює трансформацію його статусу з пасивного отримувача послуг на активного суб'єкта правовідносин.

Центральне місце серед суб'єктів, які отримують медичну допомогу в умовах воєнного стану, посідають військовослужбовці. Їхній правовий статус як пацієнтів характеризується дуалізмом: з одного боку, на них поширюються загальні гарантії прав людини на охорону здоров'я, а з іншого — їхні права та обов'язки деталізовані спеціальним законодавством, що зумовлено специфікою військової служби.

Перш ніж розглядати військовослужбовця як пацієнта, необхідно визначити його базовий статус. У науковій літературі підкреслюється, що військовослужбовці України є суб'єктами із спеціальним статусом. Саме цей статус відображає зміст і особливості їх прав, обов'язків та юридичної відповідальності, вирізняючи їх з-поміж інших категорій державних службовців та громадян [51, с.164-165].

Цей спеціальний статус передбачає, що права військовослужбовця-пацієнта не є абсолютними у цивільному розумінні, а можуть обмежуватися інтересами служби, наприклад, через обов'язок вакцинації або заборону безпідставної відмови від медичного огляду.

Правовий статус військовослужбовців у сфері охорони здоров'я визначається статтею 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» від 20 грудня 1991 року № 2011-XII. Ця норма є *lex specialis* (спеціальним законом) по відношенню до загальних «Основ» і закріплює низку імперативів. Зокрема, Закон гарантує загальне право на охорону здоров'я, встановлюючи, що «охорона здоров'я

військовослужбовців забезпечується створенням сприятливих санітарно-гігієнічних умов проходження військової служби, побуту і системою заходів з обмеження дії небезпечних факторів військової служби». Важливою особливістю є інституційна прив'язка, оскільки визначено, що «військовослужбовці, військовозобов'язані та резервісти, які призвані на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори, мають право на безоплатну кваліфіковану медичну допомогу у військово-медичних закладах охорони здоров'я» [52].

Окремої уваги заслуговує принцип субсидіарності цивільної медицини, закріплений у частині 1 статті 11, яка визначає, що «у разі відсутності за місцем проходження військової служби військово-медичних закладів охорони здоров'я чи відповідних відділень або спеціального медичного обладнання, а також у невідкладних випадках медична допомога надається державними або комунальними закладами охорони здоров'я за рахунок Міністерства оборони України». Також особи, які виконували службово-бойові завдання в екстремальних умовах, «мають право на безоплатну психологічну, медико-психологічну реабілітацію у відповідних центрах» [52].

Якщо статус військовослужбовців як пацієнтів обумовлений їхнім безпосереднім залученням до оборони держави та виконанням службових обов'язків, то поява ще однієї масштабної групи спеціальних суб'єктів — ВПО — є прямим гуманітарним наслідком збройного конфлікту. Ця категорія пацієнтів, хоча і є цивільною, потребує відмінних від загальних підходів правового регулювання через вимушений розрив соціальних зв'язків та втрату доступу до звичного місця отримання медичних послуг.

Стаття 9 Закону України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» безпосередньо закріплює, що ВПО має право на «надання необхідної медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я», а також на «забезпечення

лікарськими засобами у випадках та порядку, визначених законодавством» [44].

«До завдань органів місцевого самоврядування належить забезпечення надання медичної допомоги в комунальних закладах охорони здоров'я з урахуванням відомостей про внутрішньо переміщених осіб, які тимчасово проживають у відповідному населеному пункті» [44].

Суб'єкти надання медичної допомоги не мають законних підстав вимагати від пацієнта пред'явлення декларації про вибір лікаря як обов'язкової умови. Водночас ВПО наділені правом реалізувати вільний вибір надавача медичних послуг шляхом укладання нової декларації за місцем фактичного проживання.

«Вже кілька років для внутрішньо переміщених осіб в аптеках діє програма від Міністерства охорони здоров'я «Доступні ліки», за якою всі лікарські засоби за рецептом для людей, які потребують постійного лікування, можна отримати в будь-якій аптеці безоплатно. В тому разі, якщо безкоштовні ліки закінчилися в тій аптеці, куди звернувся пацієнт, то він: може зачекати, поки ліки надійдуть в аптеку; може звернутись в іншу аптеку або може обрати іншу торгову марку та доплатити різницю» [53].

Окреслюючи коло проблем, з якими стикаються переміщені особи при зверненні за медичною допомогою, колектив авторів С. Булеца, О. Котляр, Я. Лазур наводить такий перелік негативних факторів: «відсутність у таких осіб медичної документації; неналежний доступ до інформації про заклади охорони здоров'я, куди можна звертатися; відсутність проведення первинного медичного огляду всіх ВПО; медичні препарати для цих осіб є дорогими і в більшості випадків хворим доводиться купувати їх за власні кошти; відсутність фінансування, або нецільове використання коштів, виділених на забезпечення належного рівня доступу до медичної допомоги ВПО; доступ ВПО до безоплатних медичних послуг часто не виправдано пов'язаний із взяттям на облік і реєстрацією місця проживання; більшість медичного персоналу не володіє інформацією щодо аптек, де ВПО можуть

придбати на пільгових умовах або безоплатно медичні препарати; дефіцит медичних препаратів, які життєво необхідні для хворих, які їх потребують; не впроваджуються превентивні заходи попередження соціально небезпечних хвороб» [54, с. 195].

Можна констатувати, що в умовах воєнного стану правовий статус ВПО як суб'єктів медичних правовідносин зазнав суттєвої трансформації від територіального принципу до екстериторіального. Держава створила нормативне підґрунтя для забезпечення безперервності лікування цієї вразливої категорії громадян.

В умовах воєнного стану суб'єктний склад надавачів медичної допомоги зазнав суттєвих змін. Якщо у мирний час медична діяльність була чітко регламентована ліцензійними умовами та кваліфікаційними вимогами, то екстремальні умови війни вимагали дерегуляції та розширення кола осіб, допущених до порятунку життя.

Основою правового статусу медичного працівника залишається стаття 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я, яка закріплює професійні права, зокрема право на «обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством» [7].

Однак під час воєнного стану обсяг прав та обов'язків медиків зазнав змін. Згідно з нормами трудового законодавства воєнного часу, медичні працівники можуть залучатися до надання допомоги понаднормово, а керівники закладів отримали право змінювати істотні умови праці без попередження за два місяці [59].

Відповідно до частини 11 статті 1 Закону України «Про військовий обов'язок і військову службу» від 25 березня 1992 року № 2232-ХІІ, визначено імперативну норму: «Жінки, які придатні до проходження військової служби за станом здоров'я та віком і закінчили заклади професійної (професійно-технічної), фахової передвищої або вищої освіти

та здобули медичну або фармацевтичну спеціальність, підлягають взяттю на військовий облік військовозобов'язаних» [56].

Ключовою новелою воєнного часу стало нормативне та практичне розмежування суб'єктів надання допомоги на полі бою. У науковій літературі та законодавстві виділяють дві різні категорії. Військові медики — це особи, які мають фахову медичну освіту (лікарі, фельдшери, медичні сестри), перебувають на військовій службі та мають відповідне військове звання (офіцерське або сержантське). Таке визначення базується на нормах статті 24 Женевської конвенції (I) про поліпшення долі поранених і хворих у діючих арміях, яка відносить до цієї категорії «медичний персонал, призначений виключно для розшуку, лікування, транспортування поранених і хворих» [57]. Правовий статус цих осіб характеризується тим, що вони наділені статусом «некомбатантів» (non-combatants) за умови носіння розпізнавальної емблеми Червоного Хреста, що гарантує їм захист від нападу за будь-яких обставин відповідно до статті 8 Додаткового протоколу (I) [47].

Бойові медики — це військовослужбовці, які не обов'язково мають медичну освіту, але пройшли спеціальну фахову підготовку та обіймають відповідну штатну посаду. Відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (Випуск 78), затвердженого Наказом МОЗ України «Про впровадження випуску довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників» від 29 березня 2002 року № 117 бойовий медик — це фахівець, який «надає домедичну допомогу військовослужбовцям в умовах бойових дій... здійснює сортування поранених» [58].

Як зазначає дослідниця О. Хитрова, бойовий медик є «спеціальним суб'єктом надання допомоги, діяльність якого регламентується військовими статутами та стандартами тактичної медицини, але виходить за межі класичної медичної практики» [63, с. 43].

Де-юре бойові медики не є медичними працівниками, проте де-факто виконують інвазивні маніпуляції, які відносяться до медичних процедур.

Діяльність бойового медика базується на алгоритмах ТССС, які передбачають надання допомоги на трьох етапах: допомога під вогнем (Care Under Fire), допомога в тактичних умовах (Tactical Field Care) та допомога під час тактичної евакуації (Tactical Evacuation Care). Ці протоколи вимагають володіння навичками, що межують з лікарськими маніпуляціями (використання назофарингеальних повітроводів, декомпресійних голок тощо) [60].

Така невизначеність створює ризик кримінальної відповідальності, оскільки стаття 138 Закону України «Кримінального кодексу України» від 05 квітня 2001 року № 2341-III передбачає покарання за «заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти» [61]. Шляхи вирішення цієї проблеми наразі полягають у легітимації їхніх дій через спеціальний Наказ МОЗ України від «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах» 09 березня 2022 року № 441, який розширив обсяг домедичної допомоги в умовах воєнного стану, дозволивши використання турнікетів та гемостатиків особами без медичної освіти [62].

Традиційно заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) розглядаються як юридичні особи будь-якої форми власності, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення. Однак в умовах воєнного стану відбулася докорінна трансформація їхньої суб'єктності: з автономних надавачів послуг вони перетворилися на елементи єдиної оборонно-медичної системи держави.

Ресурси військових шпиталів та звичайних цивільних лікарень об'єдналися, правовою основою цього процесу стала Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання надання допомоги по частковому безробіттю» від 26 квітня 2022 року № 491. Данний нормативний акт

встановлює імперативну вимогу: «у разі необхідності заклади охорони здоров'я будь-якої форми власності зобов'язані надавати медичну допомогу військовослужбовцям, які беруть участь у відсічі збройної агресії» [62]. Воно розширює цільове призначення комунальних закладів, покладаючи на них функції військових шпиталів другого та третього ешелонів евакуації.

Постанова КМУ «Про внесення змін до пункту 16 Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання підтримки фермерським господарствам та іншим виробникам сільськогосподарської продукції» від 18 квітня 2023 року № 343 зобов'язує керівників комунальних та державних ЗОЗ «забезпечити роботу медичних працівників у складі ВЛК» та створити належні умови для проведення медичних оглядів військовозобов'язаних, що є новим елементом їхньої правосуб'єктності [63].

Під час трансформації ЗОЗ частково втратили ознаки класичних господарюючих суб'єктів, набувши статусу елементів системи національної безпеки. Відбулася нормативна інтеграція цивільного сектору в систему медичного забезпечення Сил оборони, що супроводжується розширенням публічно-правових зобов'язань закладів перед державою.

Наступним новим суб'єктом медичних правовідносин в умовах воєнного стану стали волонтерські та благодійні організації, які трансформувалися з допоміжних інституцій громадянського суспільства у ключових суб'єктів забезпечення обороноздатності, зокрема у медичній сфері.

В. В. Вашкович звертає увагу на те, що законодавець, формулюючи поняття «волонтерська діяльність», не повною мірою врахував фактор громадського охоплення, який є ключовим для розуміння цього явища. У зв'язку з цим авторка пропонує визначати її як «добровільну, соціально спрямовану, неприбуткову діяльність, що реалізується у сфері

громадянського суспільства, здійснюється волонтерами шляхом надання волонтерської допомоги» [64, с. 5].

Діяльність цих суб'єктів регулюється Закон України «Про волонтерську діяльність» від 19 квітня 2011 року № 3236-VI, який визначає, що «волонтерська діяльність — це добровільна, соціально спрямована, неприбуткова діяльність, що здійснюється волонтерами та волонтерськими організаціями шляхом надання волонтерської допомоги» [65].

Другим важливим актом є Закон України «Про благодійну діяльність та благодійні організації» від 5 липня 2012 року № 5073-VI, що визначає благодійну діяльність як «добровільну особисту та/або майнову допомогу для досягнення визначених цим Законом цілей, що не передбачає одержання благодійником прибутку» [66].

Держава запровадила спрощені механізми регулювання для цих суб'єктів. Відповідно до частини 3 статті 1 Закону «Про волонтерську діяльність», волонтерська діяльність здійснюється, зокрема, за такими напрямками: «надання волонтерської допомоги для ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру, дії особливого періоду, правових режимів надзвичайного чи воєнного стану, проведення антитерористичної операції, здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, здійснення заходів, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України» та «надання волонтерської допомоги ЗСУ, іншим військовим формуванням, правоохоронним органам, органам державної влади під час дії особливого періоду, правових режимів надзвичайного чи воєнного стану, проведення антитерористичної операції, здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях,

здійснення заходів, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України» [65].

Правовий статус волонтера, залученого до медичної сфери, базується на статті 7 Закону України «Про волонтерську діяльність» та має певну специфіку, зумовлену характером діяльності. Законодавчо закріплено, що волонтери мають право на «належні умови здійснення волонтерської діяльності, зокрема, отримання достовірної, точної та повної інформації про порядок та умови провадження волонтерської діяльності» [69]. Критично важливим при роботі в зоні бойових дій або інфекційних відділеннях є гарантоване право на «забезпечення спеціальними засобами захисту, спорядженням та обладнанням» [65]. Окрім цього, для студентів-медиків актуальним є право на «зарахування часу здійснення волонтерської діяльності до навчально-виробничої практики в разі її проходження за напрямом, що відповідає отримуваній спеціальності, за згодою навчального закладу» [65]. Також передбачено можливість «відшкодування витрат, пов'язаних зі здійсненням волонтерської діяльності», зокрема на проїзд, харчування, проживання та отримання візи, а також «інші права, передбачені договором про провадження волонтерської діяльності та законодавством» [65].

Законодавство покладає на волонтерів низку зобов'язань. Передусім, вони повинні «сумлінно та своєчасно виконувати обов'язки, передбачені договором про провадження волонтерської діяльності» [65].

Специфіка роботи у медичній сфері вимагає дотримання додаткових імперативних норм. Зокрема, волонтери, що контактують з пацієнтами, зобов'язані «у випадках, визначених законодавством, проходити медичний огляд та надавати довідку про стан здоров'я» [65].

Також волонтер повинен «у разі необхідності проходити підготовку (перепідготовку)», наприклад, курси тактичної медицини або інструктажі з

техніки безпеки, та «не допускати дій і вчинків, які можуть негативно вплинути на репутацію волонтера, волонтерської організації» [65].

Окремий блок вимог стосується етики та конфіденційності: необхідно «не допускати дій і вчинків, які можуть негативно вплинути на репутацію волонтера, волонтерської організації» та суворо «дотримуватися правового режиму інформації з обмеженим доступом» [65], що в контексті охорони здоров'я є гарантією збереження лікарської таємниці.

Дослідники, зокрема В. С. Білик, зазначають, що волонтерські та благодійні організації у воєнний час фактично виконують функції паралельної системи медичного забезпечення, діючи за кількома напрямками [67]. Найбільш масовим сегментом є матеріально-технічне забезпечення (логістика). Благодійні фонди (наприклад, «Повернись живим», «Благодійний фонд Сергія Притули») забезпечують військові підрозділи та цивільні лікарні специфічним обладнанням, тактичною медициною та реанімобілями. Правовою підставою для передачі такої допомоги є договори пожертви або акти приймання-передачі.

Волонтерські та благодійні організації у воєнний час стали повноправними суб'єктами системи охорони здоров'я, виконуючи критично важливі функції забезпечення, евакуації та надання допомоги. Їхня діяльність є прикладом самоорганізації суспільства, яка, однак, потребує подальшого вдосконалення нормативної бази для захисту прав самих волонтерів.

Роль держави в медицині кардинально змінилася: пріоритет змістився з контрольних-наглядових функцій на пряме управління ресурсами та закладами охорони здоров'я як критично важливим елементом національної безпеки. Таким чином, органи влади фактично змінили правовий режим функціонування комунальних та приватних закладів, підпорядкувавши їх завданням медичного забезпечення Сил оборони.

Відповідно до статті 15 Закону України «Про правовий режим воєнного стану» від 12 травня 2015 року № 389-VIII, військові адміністрації наділені повноваженнями здійснювати управління закладами охорони здоров'я, що належать територіальним громадам, у разі тимчасової окупації або оточення, а також «використовувати потужності та трудові ресурси підприємств, установ і організацій усіх форм власності для потреб оборони» [15].

Отже, органи державної влади та військові адміністрації у воєнний час виступають як суб'єкти з розширеним обсягом імперативних повноважень. Перехід до адміністративно-командних методів управління медичною галуззю є необхідною умовою функціонування єдиного медичного простору та збереження життя громадян в умовах збройної агресії.

В умовах воєнного стану екстрена медична допомога (ЕМД) набуває стратегічного значення, перетворюючись на невід'ємну складову архітектури національної безпеки. Її пріоритетними завданнями стають реагування на масові ураження населення та евакуація із зон бойових дій. При цьому правовий статус суб'єктів ЕМД набуває ознак дуалізму: зберігаючи свою сутність як закладів охорони здоров'я, вони одночасно стають функціональною ланкою державної системи цивільного захисту.

Законодавець чітко регламентував правовий статус працівників цієї сфери у статті 11 Закону України «Про екстрену медичну допомогу». Працівники системи, зокрема медичні працівники бригад, мають право на «захист від протиправного посягання на своє життя та здоров'я», що в умовах воєнного стану набуває критичного значення. Крім того, держава гарантує їм право на «забезпечення спеціальним одягом, взуттям і спорядженням, засобами індивідуального захисту, необхідними для виконання службових обов'язків», а також на «підвищення кваліфікації» та «обов'язкове страхування» [68].

Згідно із законодавством, вони зобов'язані «надавати екстрену медичну допомогу людині у невідкладному стані незалежно від обставин, що призвели до такого стану», а також «дотримуватися вимог, встановлених законодавством до надання екстреної медичної допомоги» та «зберігати лікарську таємницю» [68].

Специфікою воєнного часу є розширення кола суб'єктів екстреного реагування за рахунок сил безпеки та оборони, які законодавчо зобов'язані надавати домедичну допомогу та здійснювати евакуацію. До системи екстреної допомоги функціонально інтегруються підрозділи Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС). Вони є першими, хто прибуває на місця руйнувань та ракетних ударів. Згідно з Кодексом цивільного захисту України від 2 жовтня 2012 року № 5403-VI, рятувальники здійснюють невідкладні роботи в осередку ураження, деблокування постраждалих та надання їм домедичної допомоги до прибуття медичних бригад [9]. У структурі ДСНС також діють власні медичні підрозділи, які можуть залучатися до санітарної авіації та евакуації.

Важливу роль відіграють Національна гвардія України та підрозділи територіальної оборони. Ці формування забезпечують надання допомоги в зонах активних бойових дій («червона зона»), куди доступ цивільних бригад ЕМД неможливий через безпекові ризики. Відповідно до пункту 3 частини 3 статті 3 Закону України «Про основи національного спротиву» від 16 липня 2021 року № 1702-IX, одним із основних завдань територіальної оборони є «участь у захисті населення, територій, навколишнього природного середовища та майна від надзвичайних ситуацій, ліквідації наслідків ведення воєнних (бойових) дій» [69]. Реалізація цього завдання на практиці передбачає, що військовослужбовці Сил ТрО проходять підготовку з тактичної медицини та забезпечують евакуацію поранених цивільних до точок передачі медикам («точка перехоплення»). Таким чином, формується ешелонована система, де

військові та рятувальники забезпечують стабілізацію та вивезення постраждалих з небезпечної зони, а бригади ЕМД здійснюють подальшу спеціалізовану підтримку та транспортування до лікарень.

У правовому аспекті дослідники В. С. Громик та Н. А. Литвин звертають увагу на недосконалість нормативного регулювання взаємодії між цивільними бригадами ЕМД та військовими медиками. Вони зазначають, що «правовий режим воєнного стану вимагає чіткої регламентації порядку підпорядкування бригад екстреної допомоги військовому командуванню в зонах бойових дій», оскільки на практиці виникають ситуації, коли «відсутність єдиного алгоритму дій призводить до втрати часу та, як наслідок, людських життів» [70, с. 347].

В умовах повномасштабної збройної агресії міжнародні гуманітарні організації трансформувалися з партнерів у розвитку на ключових суб'єктів забезпечення життєдіяльності медичної системи. Їхня діяльність спрямована на задоволення нагальних потреб населення та системи охорони здоров'я, що виникли внаслідок бойових дій, і регулюється як нормами міжнародного права, так і спеціальним національним законодавством.

Діяльність міжнародних гуманітарних організацій в Україні базується на Законі України «Про гуманітарну допомогу» від 22 жовтня 1999 року № 1192-XIV. Цей закон визначає гуманітарну допомогу як «цільову адресну безоплатну допомогу в грошовій або натуральній формі, у вигляді безповоротної фінансової допомоги або добровільних пожертвувань, або допомогу у вигляді виконання робіт, надання послуг, що надається іноземними та вітчизняними донорами» [71].

Серед ключових суб'єктів можна виділити Міжнародний комітет Червоного Хреста (МКЧХ), який має унікальний міжнародно-правовий мандат, визначений Женевськими конвенціями 1949 року та Угодою між Урядом України і МКЧХ. Організація діє як нейтральний посередник у збройному конфлікті, а її специфічна медична функція полягає у доступі до

військовополонених для оцінки стану їхнього здоров'я та умов утримання, а також підтримці лікарень, розташованих безпосередньо на лінії зіткнення, куди доступ інших суб'єктів обмежений [72].

Вагому роль відіграють агентства ООН, зокрема Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та ЮНІСЕФ. ВООЗ виконує функцію координатора Кластеру охорони здоров'я (Health Cluster), об'єднуючи зусилля понад 180 партнерів для уникнення дублювання допомоги та забезпечуючи постачання критично важливих медикаментів і обладнання. ЮНІСЕФ (Дитячий фонд ООН) фокусується на охороні материнства і дитинства, зокрема забезпеченні вакцинами (холодовий ланцюг) та наданні гуманітарної допомоги пологовим будинкам.

Також активними учасниками є міжнародні медичні неурядові організації (INGOs), такі як «Лікарі без кордонів» (Médecins Sans Frontières) та International Medical Corps, які безпосередньо надають медичні послуги. Правовою новелою для легалізації роботи іноземних лікарів у складі таких місій став Наказ МОЗ України від 26 лютого 2022 року № 383, який дозволяє допускати їх до надання допомоги «у період воєнного стану... як волонтерів» без процедури нострифікації (визнання) дипломів, за умови надання документів про освіту та кваліфікацію [73].

До основних прав міжнародних організацій належать податкові пільги: згідно зі статтею 6 Закону України «Про гуманітарну допомогу», гуманітарна допомога «звільняється від оподаткування», що дозволяє ввозити медичне обладнання та ліки без сплати мита та ПДВ [71].

Також в умовах воєнного стану діє спрощене декларування: відповідно до пункту 4 Порядку, затвердженого Постановою КМУ від 5 вересня 2023 року № 953, пропуск допомоги здійснюється «за місцем перетину митного кордону України шляхом подання декларації», що значно пришвидшує логістику [74]. Окрім того, організації з відповідним мандатом (наприклад, МКЧХ) мають право доступу до вразливих груп та жертв збройного конфлікту для надання допомоги та захисту.

Фактично, відбулася інтеграція міжнародних гуманітарних організацій у вітчизняну медичну сферу. Діючи як допоміжні (субсидіарні) суб'єкти, вони беруть на себе тягар покриття ресурсних та кадрових прогалин, що дозволяє забезпечити конституційне право громадян на медичну допомогу навіть у надскладних умовах війни.

Отже, поява нових учасників обумовлена необхідністю швидкої реакції та мобільності медичної системи під час війни. На сьогодні їх регулювання залишилося розкиданим: для військових медиків законодавча база сформована, тоді як волонтерські структури та мобільні бригади мають лише часткове правове закріплення. Для стабільного функціонування реабілітаційної сфери потрібна кодифікація статусу всіх зазначених учасників в одному нормативному документі [75, с. 68].

Таким чином, у кризових умовах війни система прав та обов'язків суб'єктів медичних правовідносин функціонує у надзвичайно складному середовищі, що характеризується динамічними змінами, дефіцитом ресурсів та підвищеним ризиком для життя та здоров'я як пацієнтів, так і медичних працівників.

У період воєнного стану права та обов'язки учасників медичних правовідносин набувають особливої значущості, адже від їх чіткого дотримання залежить якість надання медичної допомоги та збереження людських життів. Медичні працівники повинні діяти професійно, суворо дотримуючись етичних і правових норм, навіть у найскладніших умовах, тоді як держава зобов'язана забезпечити їм належні умови для роботи, необхідний захист і ресурси. Пацієнти, зі свого боку, зберігають право на отримання кваліфікованої медичної допомоги, на повагу до їхньої гідності та дотримання конфіденційності.

Отже, підтримка рівноваги між правами і обов'язками всіх сторін у цей період є ключовою передумовою стабільного функціонування системи охорони здоров'я та гарантією реалізації права кожного на життя і медичний захист, закріпленого Конституцією.

Висновок до Розділу 2. Підсумовуючи вищезазначене, доходимо висновку, що введення воєнного стану призвело до докорінної зміни природи медичних правовідносин. Відбувся перехід від класичної, переважно диспозитивної моделі мирного часу до змішаної системи, яка імперативно поєднує національне законодавство з нормами МГП (Женевські конвенції). Правове регулювання галузі набуло вираженого імперативного характеру, що підтверджується зміщенням державного управління від контрольних-наглядових функцій до прямого адміністративно-командного розпорядження ресурсами закладів охорони здоров'я, незалежно від їхньої форми власності. Це проявилось у зобов'язанні всіх медичних закладів надавати допомогу військовослужбовцям та підпорядкуванні цивільних лікарень військовим адміністраціям у зонах бойових дій згідно із Законом України «Про правовий режим воєнного стану».

Ця трансформація зумовила появу нових та модифікацію існуючих видів правовідносин. Кардинально змінилися підходи до медичного сортування (тріажу): пріоритети змінилися від надання допомоги найтяжчим пацієнтам (цивільна модель) до надання допомоги тим, хто має найвищі шанси на виживання та повернення до строю (військова модель). Цей підхід, що ґрунтується на принципі тактичної доцільності та підпорядковує інтереси окремого пораненого інтересам медичного забезпечення військ в цілому, створює колізію з цивільним законодавством, де ненадання допомоги є злочином. Окрім цього, розширився функціонал телемедицини та мобільної медицини, які стали критично важливими інструментами для дистанційного консультування та надання первинної допомоги. Актуалізувалася проблема правового регулювання комплексної реабілітації, яка наразі залишається фрагментарною та недостатньо деталізованою у немедичному аспекті, зокрема через відсутність уніфікованого правового визначення терміну «постраждалих» та єдиного кодифікованого документа.

Суб'єктний склад медичних правовідносин зазнав суттєвої диференціації та розширення. Статус пацієнта трансформувалася залежно від категорії: для військовослужбовців діє спеціальний правовий режим (*lex specialis*), що допускає обмеження окремих прав в інтересах служби. Для ВПО запроваджено екстериторіальний принцип надання медичної допомоги. Проте на практиці ця категорія стикається з проблемами відсутності медичної документації та недостатнім фінансуванням пільгового забезпечення ліками. Щодо медичних працівників, то відбулася дерегуляція трудових відносин. Крім того, правове поле легалізувало діяльність нових суб'єктів: бойових медиків, які, не маючи повної медичної освіти, надають допомогу за протоколами ТССС (тактичної медицини), що створює ризик притягнення до кримінальної відповідальності за незаконну лікувальну діяльність. Це питання вирішується шляхом тимчасової легітимації їхніх дій наказами МОЗ. ЗОЗ частково втратили ознаки господарюючих суб'єктів, набувши нових публічно-правових зобов'язань, зокрема щодо забезпечення роботи військово-лікарських комісій.

Окремо слід відзначити інституціоналізацію волонтерства та міжнародної допомоги. Волонтерські організації та міжнародні гуманітарні місії (МКЧХ, ВООЗ, INGOs) трансформувалися з допоміжних партнерів у повноправних субсидіарних суб'єктів системи охорони здоров'я. Їхня діяльність, регламентована Законами «Про волонтерську діяльність» та «Про гуманітарну допомогу», фактично виконує функції паралельної системи забезпечення, покриваючи дефіцит матеріально-технічних ресурсів та логістики, що стало критично важливим для стійкості медичної системи.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що медичні правовідносини в умовах воєнного стану характеризуються пріоритетом публічно-правових інтересів національної безпеки над приватно-правовими, адаптацією системи до дефіциту ресурсів та розширенням кола суб'єктів,

уповноважених на надання медичної допомоги. На завершення аналізу варто підкреслити, що ключовим викликом, породженим воєнним станом, є необхідність подолання правової фрагментарності та мінімізації правової невизначеності, які виникають на стику військового та цивільного законодавства. Незважаючи на швидке запровадження спеціальних норм, існує нагальна потреба у їх кодифікації та створенні єдиного нормативно-правового акту у сфері військової та екстреної медицини. У довгостроковій перспективі функціональність системи охорони здоров'я залежатиме від здатності держави не лише ефективно мобілізувати та адмініструвати ресурси, але й зберегти гуманітарне ядро медичних правовідносин, забезпечуючи конституційні права громадян та соціальний захист всіх учасників, особливо тих, хто працює в зоні підвищеного ризику.

РОЗДІЛ 3

СТАНДАРТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ДЖЕРЕЛО МЕДИЧНИХ ПРАВОВІДНОСИН

3.1. Міжнародно-правові стандарти в галузі забезпечення права на здоров'я в умовах воєнного стану

Нормативну основу міжнародних стандартів забезпечення права на здоров'я становлять міжнародно-правові акти, спрямовані на експлікацію та розширення засадничих принципів гуманізму. Ці норми регулюють суспільні відносини, зокрема у галузі медицини, визначаючи права пацієнтів та етико-правові рамки роботи медичного персоналу. Стандарт визначається як встановлений еталон (модель), який виступає критерієм для компаративного аналізу аналогічних об'єктів. Фундаментальним для розуміння сутності цих стандартів є визначення, закріплене у преамбулі Статуту ВООЗ: «Здоров'я є станом повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб і фізичних вад» [77].

У сучасній правовій доктрині під стандартом розуміють нормативно закріплену модель, що слугує еталоном для оцінки реального стану правовідносин. Зокрема, Міжнародна організація зі стандартизації (ISO) у керівництві ISO/IEC Guide 2:2004 визначає стандарт як документ, розроблений на основі консенсусу та затверджений визнаним органом, що встановлює правила, інструкції або характеристики для діяльності [78].

У сфері прав людини стандарти охорони здоров'я — це мінімальні зобов'язання держави, що впливають з міжнародних договорів. Ключовим документом у цьому контексті є стаття 12 «Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права», яка постулює: «Держави, які беруть участь у цьому Пакті, визнають право кожної

людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я» [79]. Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав у своєму Зауваженні загального порядку № 14 конкретизував зміст цього стандарту, наголосивши, що «здоров'я є фундаментальним правом людини, необхідним для здійснення інших прав людини. Кожна людина має право на користування найвищим досяжним рівнем здоров'я, що сприяє життю з гідністю» [80].

Стандарт – це визначення передбачуваної (гіпотетичної) якості, розроблена модель, що є основою процесу оцінки, документ, створений шляхом консенсусу експертів, затверджений відповідною спеціалізованою установою та орієнтований на досягнення оптимального рівня впорядкованості в конкретній галузі [81, с. 17].

Характерною ознакою міжнародних стандартів є встановлення базового нормативного рівня. Це передбачає визначення як переліку прав, так і критеріїв їх повноцінної реалізації. Окрім цього, стандарти покладають на держави зобов'язання щодо забезпечення та захисту прав людини.

Специфіка стандартів охорони здоров'я визначається поєднанням загальних і спеціальних атрибутів. Загальні ознаки є спільними для міжнародного права і охоплюють, зокрема, нормативне закріплення прав, універсальність, еволюційний характер змісту, абстрактність та обов'язковість виконання. Натомість спеціальні ознаки притаманні саме цій сфері регулювання: це термінологічна визначеність, доведеність з позицій науки і права, своєчасність, надійність, а також можливість реального впровадження зазначених норм [81, с. 118].

Центральне місце у системі міжнародних стандартів посідає Загальна декларація прав людини 1948 року, яка заклала фундамент сучасного розуміння соціальних прав. У статті 25 Декларації зазначено: «Кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло,

медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї» [82].

Змістовий аналіз норми засвідчує, що на момент прийняття Декларації міжнародна спільнота визначала медичну допомогу як інтегральну складову ширшої категорії «належного життєвого рівня». Це підтверджує застосування комплексного підходу до охорони здоров'я, де медичне забезпечення виступає лише однією з ланок системи соціального благополуччя.

Система міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я в умовах війни являє собою конвергенцію нормативних приписів та інституційних механізмів, покликаних гарантувати фундаментальні права особи, насамперед право на життя та найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Специфіка правового регулювання цієї сфери полягає у взаємодії двох правових режимів: МГП, яке діє як *lex specialis* під час збройних конфліктів, та міжнародного права прав людини (МППЛ), норми якого продовжують діяти й у воєнний час [81, с.119].

Як зазначає М. Буроменський, навіть в умовах воєнного конфлікту держава зобов'язана гарантувати фундаментальні права людини та не може ігнорувати базові серед яких право на життя та доступ до необхідної медичної допомоги [19, с. 10].

Однією з аксіоматичних засад є положення про те, що навіть у період війни право на медичну допомогу не підлягає скасуванню. Це положення імплементовано в «Женевській конвенції про захист цивільного населення під час війни» від 12 серпня 1949 року. Стаття 18 цієї Конвенції встановлює імперативну заборону: «Цивільні лікарні, організовані для надання допомоги пораненим, хворим, інвалідам та породіллям, не можуть ні за яких обставин бути об'єктом нападу, натомість вони завжди користуються повагою і захистом сторін, що перебувають у конфлікті» [46].

Міжнародні стандарти також передбачають спеціальний захист медичних працівників. Відповідно до даного документа: «медичний персонал, призначений виключно для медичних цілей, має право на недоторканність та не може бути об'єктом нападів або перешкоджання діяльності» [57]. Відповідно до положень Женевських конвенцій, медичний персонал, призначений виключно для медичних цілей, наділяється статусом недоторканності. Стаття 15 Додаткового протоколу I уточнює, що медичний персонал зобов'язаний діяти нейтрально та незалежно [47]. У сучасній міжнародно-правовій практиці ці гарантії охоплюються поняттям «медичний нейтралітет». Згідно з визначенням організації «Лікари за права людини» (Physicians for Human Rights), медичний нейтралітет є принципом, що забороняє сторонам конфлікту атакувати медичні заклади, персонал і транспорт, використовувати їх для військових цілей або перешкоджати наданню допомоги хворим і пораненим незалежно від їхньої політичної приналежності [83].

Міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я під час війни базуються на принципах гуманності, нейтральності, недискримінації та пропорційності. Ці принципи деталізуються в численних резолюціях ООН. Зокрема, Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 46/182 підкреслює, що «гуманітарна допомога повинна надаватися відповідно до принципів гуманності, нейтральності та неупередженості» [85]. Окрему увагу міжнародні норми приділяють протекції цивільного населення від наслідків бойових дій. Стаття 51 Додаткового протоколу I забороняє невідбиркові напади, які можуть завдати шкоди цивільним особам [47].

Також у статті 14 Додаткового протоколу II (для неміжнародних конфліктів) закріплено заборону нападів на об'єкти, необхідні для виживання цивільного населення, включно з лікарнями, пунктами надання медичної допомоги [85]. Важливим аспектом є також захист медичних установ і персоналу від атак. Згідно з даними WHO Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA), лише у 2022 році зафіксовано понад тисячу

нападів на лікарні, швидкі допомоги та працівників у різних регіонах світу, включно з Україною [86, с. 11]. Це порушує статті Женевська конвенція про захист цивільного населення під час війни 1949 року, які гарантують недоторканність медичних об'єктів. Тому міжнародні стандарти включають не лише гуманітарні норми, а й механізми документування воєнних злочинів проти медичної системи, що можуть бути використані в міжнародних судах [46].

Важливо відзначити, що стандарти охоплюють не лише надання ургентної допомоги, а й питання безперервності лікування. Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я WHA65.20 (2012 рік) безпосередньо закликає держави-члени «забезпечити інституціоналізацію національних програм управління ризиками надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я для гарантування безперервного надання основних медичних послуг» [87].

У період повномасштабної війни в Україні національна система охорони здоров'я зазнала суттєвих інституційних змін для адаптації до цих вимог. Воєнний стан став каталізатором глибокої структурної перебудови, ключовою особливістю якої стало створення умов для мобільності ресурсів, інтеграції військової та цивільної медицини, спрощення процедур прийняття рішень та децентралізації відповідальності.

Варто підкреслити, що міжнародні стандарти у сфері охорони здоров'я під час війни охоплюють не лише безпосереднє лікування поранених, але й організацію системної медичної інфраструктури у кризових умовах. Особливе значення мають мобільні амбулаторії та телемедичні технології, які активно застосовуються в сучасних конфліктах. Згідно з рекомендаціями ВООЗ та МКЧХ, мобільні медичні бригади забезпечують надання первинної допомоги у віддалених районах, де зруйнована стаціонарна інфраструктура. Вони обладнуються відповідно до стандартів Emergency Medical Teams (EMT) Initiative, що передбачає уніфікацію медичного обладнання, наявність базових медикаментів та

кваліфікованого персоналу, здатного діяти автономно протягом тривалого часу. Проблемним залишається питання формалізації складу мобільних бригад. У більшості країн відсутнє типове положення, яке б єдиним чином визначало мінімальний перелік фахівців та оснащення. Це призводить до значних відмінностей у практиці різних держав і організацій. У деяких випадках склад обмежується лікарем і медсестрою, тоді як у більш розвинених системах передбачено залучення психологів, фармацевтів, соціальних працівників та перекладачів. Тому міжнародні організації, зокрема ВООЗ, рекомендують закріплювати стандарти мобільних бригад у національних протоколах, що забезпечить єдність практики та відповідність мінімальним міжнародним вимогам.

Міжнародне партнерство та гуманітарна підтримка набувають особливого значення для забезпечення резильєнтності системи охорони здоров'я України в умовах війни. Співпраця з міжнародними організаціями, урядами інших країн і гуманітарними фондами забезпечує не лише оперативне вирішення нагальних проблем, але й створює умови для довгострокового розвитку медичних закладів, впровадження сучасних стандартів лікування та підготовки медичних кадрів відповідно до міжнародних вимог.

У практичному вимірі потенціал міжнародного партнерства для посилення системи охорони здоров'я України в умовах війни реалізується через низку чітко визначених ініціатив, орієнтованих на комплексні та довгострокові рішення. Одним із важливих прикладів такого партнерства є проєкт Світового банку [88] «HEAL Ukraine» («Health Enhancement and Lifesaving»), спрямований на відновлення та зміцнення медичної інфраструктури в регіонах, що постраждали від бойових дій, зокрема у Чернігівській, Київській та Сумській областях.

Проєкт включає не тільки фінансове забезпечення, але й методичну підтримку впровадження сучасних стандартів управління та надання медичних послуг. Ще одним важливим прикладом є співпраця з

Європейським центром профілактики та контролю захворювань (ECDC), який надав експертну підтримку у формуванні нових стандартів інфекційного контролю в українських медичних закладах.

Окремим напрямом співпраці в галузі громадського здоров'я є спільний проєкт Інституту громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України та Інституту Роберта Коха (Німеччина), спрямований на аналіз впливу війни на психічне здоров'я населення України. Конкретні дослідження проводяться в громадах, які пережили окупацію чи інтенсивні бойові дії, зокрема у Бучі, Ірпені й Гостомелі. Результатом співпраці є розробка методичних рекомендацій щодо психосоціальної реабілітації населення у постраждалих регіонах.

Інституційні зміни, цифровізація та інтеграція військової і цивільної медицини засвідчили здатність системи до трансформації в умовах надзвичайних загроз. Разом із тим виявлено ключові проблеми, що стримують ефективність реформи: кадровий дефіцит, нерівномірне фінансування, фрагментарна цифрова інфраструктура, низька координація між рівнями управління та слабкий розвиток громадського здоров'я. Міжнародне партнерство забезпечує критично важливу ресурсну, експертну та технологічну підтримку медичній системі. Запропоновано комплекс рекомендацій щодо підвищення її адаптивності: створення стратегічних резервів, розширення фінансової автономії, уніфікація кризових протоколів, посилення кадрової мобільності та масштабування цифрових рішень. Перспективи подальших досліджень пов'язані з оцінкою впливу медичних трансформацій на безпековий і соціальний потенціал держави в післявоєнний період.

Вагомий внесок у створення та впровадження таких стандартів роблять ВООЗ, МКЧХ та інші гуманітарні організації. Їх діяльність спрямована на координацію медичної допомоги, розробку рекомендацій для дій у надзвичайних ситуаціях, захист прав медичного персоналу та постраждалих. Окрема увага приділяється питанню психічного здоров'я,

реабілітації та підтримці цивільного населення, що постраждало від воєнних дій, а також процесу відновлення системи охорони здоров'я після завершення конфлікту.

Таким чином, міжнародні стандарти охорони здоров'я в умовах війни є не лише правовою основою для дій держав, але й ефективним інструментом захисту прав людини. Їх дотримання сприяє збереженню людського життя, підтримці гуманності під час військових дій і забезпеченню єдиних підходів до медичної допомоги в кризових ситуаціях. Для України, яка перебуває у стані війни, інтеграція цих стандартів у національне законодавство є надзвичайно важливою. Це створює правову основу для ефективного функціонування медичної системи, допомагає дотримуватися міжнародних зобов'язань і зміцнює позиції держави на міжнародній арені як правової й гуманної.

3.2. Особливості реалізації права на медичну допомогу громадян, які перебувають за межами держави громадянства

Міграційні процеси завжди супроводжували розвиток людства, проте під впливом глобалізації та геополітичних викликів їхній характер і масштаби зазнали суттєвих змін. На тлі глобальних демографічних зрушень саме міграційна політика ЄС відіграє ключову роль у формуванні сучасних стандартів захисту прав переміщених осіб.

Як зазначає науковець В. Біліченко: «Демократизація суспільного життя після здобуття Україною незалежності відкрила світ для громадян, котрих раніше утримував режим у межах державних кордонів» [89, с. 249]. Водночас сьогодні, в умовах збройної агресії РФ, специфіка міграції змінилася на вимушену. Тому механізм захисту прав українців за кордоном нині ґрунтується на поєднанні норм національного законодавства та міжнародно-правових актів.

Нормативно-правовим фундаментом для легалізації перебування українців в ЄС стало Виконавче рішення Ради (ЄС) 2022/382 від 4 березня 2022 року, яке констатує «існування масового припливу переміщених осіб з України» та запроваджує механізм тимчасового захисту [92]. Зазначене Рішення базується на Директиві Ради 2001/55/ЄС, яка встановлює «мінімальні стандарти надання тимчасового захисту у разі масового напливу переміщених осіб» [91].

Цей інструмент гарантує особам, які рятуються від війни, доступ до ринку праці, освіти та медичної допомоги без необхідності проходження тривалої процедури отримання статусу біженця. Згідно зі статтею 13 Директиви 2001/55/ЄС, держави-члени зобов'язані забезпечити особам, які користуються тимчасовим захистом, «доступ до медичної допомоги, яка включає принаймні невідкладну допомогу та необхідне лікування хвороб» [91].

Правове регулювання медичних правовідносин в державах, які приймають громадян України, що вимушено виїхали через збройну агресію РФ, базується на поєднанні норм міжнародного гуманітарного та прав людини з національними актами держав-приймачів. Ключову рамку на рівні ЄС утворюють Конвенція про статус біженців 1951 рік та Протокол 1967 рік, а також Директива Ради 2001/55/ЄС і Імплементативне рішення Ради ЄС 2022/382 від 4 березня 2022 року, яким активовано механізм тимчасового захисту для осіб, переміщених з України. Ці інструменти гарантують мінімальні стандарти доступу до охорони здоров'я та зобов'язують держави організувати безперервне надання медичної допомоги особам під тимчасовим захистом [92].

Після повномасштабного вторгнення Росії в Україну 24 лютого 2022 року ЄС відреагував негайно і продемонстрував дієву солідарність, підтримуючи людей, які потребують допомоги. Це передбачало пряму гуманітарну допомогу, екстрену допомогу у сфері цивільного захисту,

підтримку на кордоні, а також надання захисту тим, хто рятується від війни.

Вперше у своїй історії ЄС ввів у дію Директиву про тимчасовий захист, яка запроваджує нормативно-правові положення для допомоги у врегулюванні масового прибуття людей. Водночас Європейська комісія негайно розпочала координацію з країнами ЄС для збору інформації про ситуацію на місцях та запобігання торгівлі людьми [93].

Директива тимчасового захисту надала українцям, що рятуються від російських бомб, право легально перебувати на території ЄС й отримувати базові соціальні послуги, враховуючи охорону здоров'я, освіту і право на працевлаштування. Згідно з Директивою ЄС про тимчасовий захист, громадяни України, які залишили країну з 24 лютого 2022 року, можуть скористатися режимом тимчасового захисту. Тимчасовий захист – це особлива форма захисту, яку ЄС надає українцям, які змушені залишити свою країну через військову агресію. Цей механізм було активовано в березні 2022 року у відповідь на масовий приплив біженців з України [90].

Тимчасовий захист дає українцям можливість легально перебувати у країнах ЄС, працювати, навчатися й користуватися соціальними послугами. Цей статус надає простіші умови для отримання притулку й охоплює: право на житло, медичне обслуговування й освіту, право на працевлаштування. Щоб отримати тимчасовий захист, біженець має звернутися до місцевих органів влади із заявою. Як показує практика, процес отримання тимчасового захисту в багатьох країнах займає від кількох днів до двох тижнів [58].

Станом на сьогодні, за пропозицією Європейської комісії, тимчасовий захист для людей, які рятуються від агресії Росії проти України, продовжено до березня 2026 року. Це забезпечить визначеність і підтримку для майже 4,2 мільйона осіб, які користуються захистом у ЄС [93].

Правовою основою для такого рішення є стаття 4 (2) Директиви про тимчасовий захист, яка передбачає таку можливість, якщо причини для тимчасового захисту і надалі залишаються [95].

Нормативно-правова регламентація інституту тимчасового захисту являє собою значний внесок міждержавного співтовариства в реалізацію права людини на вільне пересування за межі країни походження. Такі пересування формують певну частину міжнародної вимушеної міграції й посилюють дію універсальної правової системи надання притулку.

Згідно з українським законодавством, тимчасово переміщена особа (ТПО) — це особа, яка змушена була залишити своє постійне місце проживання через війну, окупацію, насильство, порушення прав людини чи надзвичайні ситуації, але залишається на території України. ВПО — це громадянин України або іноземець/особа без громадянства, яка легально проживає в Україні та відповідно до закону має статус особи, що переміщена всередині країни внаслідок зазначених обставин. Тобто всі тимчасово переміщені особи на території України, які відповідають цим критеріям, формально визнаються ВПО [95].

В державах ЄС діє Директива про тимчасовий захист (2001/55/ЄС), яка вперше застосувалася у 2022 році. Дією вона надає українцям законне право перебувати на території ЄС без процедури отримання притулку, забезпечуючи доступ до базових соціальних гарантій.

Соціальні гарантії включають і медичне обслуговування — право користуватись державною системою охорони здоров'я, у більшості країн — на рівні громадян.

Польща, як одна з основних держав-приймачів українських громадян, які вимушено залишили територію України через збройну агресію Російської Федерації, оперативно ухвалила закони які надали право на безоплатне медичне обслуговування у системі державної охорони здоров'я, відшкодування вартості лікарських засобів на умовах,

наближених до правил для застрахованих осіб, а також визначив механізми бюджетного фінансування цих витрат [96, с. 9].

Додатково МОЗ Польщі та Національний фонд здоров'я (NFZ) оприлюднили роз'яснення, що визначають порядок доступу до медичних послуг для громадян України, чий легальний статус перебування регулюється Спеціальним законом. Ці правила підтверджують право на безоплатну медичну допомогу нарівні з польськими громадянами (з урахуванням останніх змін, які стосуються деяких видів лікування) [97].

У Німеччині доступ до медичних послуг для осіб, що отримали тимчасовий захист, регламентується Законом Німеччини «Про заходи підтримки шукачів притулку» та Законом Німеччини «Про страхування на випадок хвороби», які передбачають надання базових амбулаторних і стаціонарних послуг, медикаментів, а також психосоціальної підтримки [98]. Важливою особливістю німецького підходу є організація перекладацького супроводу під час медичних консультацій, що забезпечує належну інформованість пацієнтів.

У процесі інтеграції біженців передбачене поступове підключення їх до системи обов'язкового медичного страхування, що наближає статус переміщених осіб до статусу застрахованих громадян.

Чехія імплементувала положення Імплементативного рішення Ради ЄС 2022/382 через ухвалення пакету законів «Lex Ukrajina», що значно спростили набуття статусу тимчасового захисту та включили українців до системи державного медичного страхування. Це надало право на отримання первинної, спеціалізованої та невідкладної допомоги, забезпечення лікарськими засобами, а також на психологічну підтримку, зокрема для дітей, які постраждали від війни [90]. Додатково у Чехії діють спеціальні програми психологічної допомоги для неповнолітніх без супроводу дорослих, що свідчить про системність інтеграційної політики [99].

В Італії ухвалені тимчасові положення гарантують громадянам України, які перебувають під тимчасовим захистом, право на безоплатні консультації сімейних лікарів, вакцинацію, лікування хронічних захворювань і невідкладну допомогу [100]. До організації медичного обслуговування активно залучаються волонтерські організації, що компенсують перевантаженість національної служби охорони здоров'я (SSN) і забезпечують належний рівень доступності допомоги навіть у регіонах із високим навантаженням [100].

Спільними рисами підходів держав ЄС є інтеграція міжнародних стандартів у національні правові системи, створення простих і зрозумілих процедур реєстрації та приєднання до системи охорони здоров'я, впровадження електронного обліку переміщених осіб і їхніх медичних потреб, публікація прозорої інформації про права, маршрути доступу та адреси закладів, а також забезпечення недискримінаційного доступу до медичних послуг незалежно від громадянства чи процесуального статусу [95].

Фінансування надання медичної допомоги у більшості випадків здійснюється за рахунок державних бюджетів країн-приймачів за підтримки міжнародних організацій, зокрема ВООЗ, МКЧХ та організації «Лікарі без кордонів» (*Médecins Sans Frontières*), а в окремих випадках також передбачені додаткові субвенції для регіонів і земель із найбільшою кількістю українських біженців [95].

Особлива увага у більшості країн ЄС приділяється вразливим категоріям населення, таким як діти, люди з інвалідністю та особи похилого віку. Для них передбачені програми вакцинації, реабілітації, психосоціальної допомоги та довготривалого медичного супроводу [95].

Зокрема, у Чехії запроваджено обов'язкові медичні огляди та психологічну допомогу дітям, що перебувають без супроводу дорослих. У прикордонних регіонах Польщі та Румунії організуються мобільні

медичні пункти, які надають базову допомогу ще до моменту офіційної реєстрації переміщених осіб.

Окремим напрямом є захист медичного персоналу, який працює з біженцями. У Німеччині та Італії для лікарів і медсестер передбачені програми безпеки, психологічної підтримки та страхування від нещасних випадків [99].

Таким чином, аналіз досвіду Польщі, Німеччини, Чехії та Італії дає підстави стверджувати, що міжнародна практика демонструє необхідність для України імплементувати міжнародні стандарти захисту здоров'я переміщених осіб, розробляти спеціальні закони для регулювання медичних правовідносин у кризових ситуаціях, забезпечувати доступність медичної допомоги для всіх категорій населення, налагоджувати міжвідомчу та міжнародну співпрацю, а також створювати сучасні електронні системи обліку для оперативного реагування на медичні потреби [99].

Висновок до Розділу 3. Підсумовуючи викладене у третьому розділі, можна зазначити, що Головна ідея міжнародних стандартів у сфері права на здоров'я полягає в забезпеченні «найвищого досяжного рівня фізичного і психічного здоров'я». Аналіз міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я під час війни свідчить, що вони мають багаторівневу структуру, що включає:

1. гуманітарне право (Женевська конвенція про захист цивільного населення під час війни 1949 року, Додаткові протоколи);
2. універсальні стандарти прав людини (Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, ст. 12);
3. спеціалізовані документи ВООЗ, МКЧХ та інших організацій (EMT Initiative, IASC Guidelines);
4. регіональні механізми (директиви ЄС, стандарти НАТО, Механізм цивільного захисту ЄС);

5. операційні протоколи неурядових організацій (MSF, International Medical Corps).

Ці стандарти є мінімальними зобов'язаннями держави та впливають із засадничих принципів гуманізму. Вони встановлюють базовий нормативний рівень і покладають на держави обов'язок щодо забезпечення та захисту прав. Унікальність стандартів охорони здоров'я полягає у поєднанні загальних ознак (універсальність, обов'язковість) та спеціальних атрибутів (термінологічна визначеність, наукова доведеність, можливість реального впровадження).

Для України особливу актуальність мають стандарти, що стосуються мобільних амбулаторій, телемедицини, захисту психічного здоров'я та гарантій безпеки медичного персоналу. Їхнє належне впровадження дозволить створити більш стійку медичну систему, здатну ефективно функціонувати навіть у надзвичайних умовах збройного конфлікту.

Система міжнародних стандартів охорони здоров'я в умовах збройного конфлікту функціонує на стику двох правових режимів: МГП, яке діє як *lex specialis*, та МППЛ, норми якого продовжують діяти й у воєнний час. Аксиоматичним положенням є те, що право на медичну допомогу не підлягає скасуванню навіть під час війни. МГП, зокрема Женевські конвенції, гарантує спеціальний захист цивільних лікарень (заборона нападу, повага та захист), а також закріплює недоторканність медичного персоналу на основі принципу медичного нейтралітету.

Міжнародні стандарти охоплюють не лише захист від нападів та надання невідкладної допомоги, але й організацію системної медичної інфраструктури та безперервність лікування. Вони базуються на принципах гуманності, нейтральності та недискримінації. Важливим елементом є рекомендації ВООЗ та МКЧХ щодо мобільних амбулаторій та телемедичних технологій, які мають відповідати стандартам Emergency Medical Teams (EMT) Initiative. Ці норми також включають механізми

документування воєнних злочинів проти медичної системи, що є важливим інструментом міжнародної відповідальності.

Правове регулювання міжнародного захисту та медичної допомоги для громадян України, які вимушено виїхали за кордон внаслідок повномасштабного вторгнення, ґрунтується на Виконавчому рішенні Ради (ЄС) 2022/382. Цим рішенням було вперше в історії Європейського Союзу активовано Директиву про тимчасовий захист (2001/55/ЄС), що є ключовим аспектом міжнародного захисту прав людини в контексті воєнних конфліктів.

Застосовуючи груповий підхід до визначення категорій осіб, Директива надає українцям легальне право на перебування в країнах ЄС без необхідності проходження тривалої процедури набуття статусу біженця. Це рішення забезпечує мільйонам тимчасово переміщених осіб (ТПО) визначеність їхнього правового статусу.

Найважливішим наслідком активації Директиви є гарантування доступу до медичної допомоги. Це включає, як мінімум, надання невідкладної допомоги та необхідного лікування хвороб. Відповідно до положень Директиви, країни-члени ЄС розробили національні законодавчі акти, які деталізують порядок надання цього захисту. Наразі термін дії тимчасового захисту продовжено до березня 2026 року, що забезпечує стабільність для українців за кордоном.

Початок повномасштабної агресії проти України спричинив безпрецедентний вимушений виїзд мільйонів громадян за межі країни, що поставило перед світовою спільнотою завдання ефективного правового забезпечення їхніх прав та потреб. У цьому процесі саме рівень ефективності правових механізмів держав, які приймають переселенців, визначає доступність соціального захисту, медичної допомоги, освіти, працевлаштування та належних умов життя. Більшість європейських країн, включаючи держави-члени ЄС (зокрема, Польща, Німеччина, Чехія,

Італія), оперативно впровадили спеціальні режими тимчасового захисту для українців.

Ці режими передбачають спрощені процедури легалізації, що виключають тривалий процес набуття статусу біженця, та гарантують недискримінаційний доступ до соціальних послуг, охорони здоров'я, освіти, житла та працевлаштування. Практика держав ЄС демонструє успішну інтеграцію міжнародних стандартів у національні системи, забезпечуючи українцям доступ до медичного обслуговування на рівні громадян (зокрема через державне медичне страхування). Спільними рисами такого підходу є створення простих процедур реєстрації та приділення особливої уваги вразливим категоріям населення. Таким чином, міжнародне партнерство та механізми тимчасового захисту сприяють оперативному наданню допомоги й узгоджуються з принципами гуманності, солідарності та поваги до людської гідності.

Аналіз міжнародного досвіду показує, що ефективна реалізація медичного та соціального захисту потребує не лише нормативного закріплення, а й комплексних організаційних рішень. До таких рішень належать: створення стратегічних резервів, цифровізація медичних процесів, мобілізація кадрів, забезпечення перекладацького супроводу для переміщених осіб та узгодження національних законодавств країн ЄС щодо термінів дії тимчасового захисту. Крім того, виникають труднощі у питанні визнання українських освітніх документів і кваліфікацій для сприяння працевлаштуванню.

Для України критично важливим є імплементувати ці міжнародні стандарти, розробляти спеціальні кризові закони та налагоджувати міжвідомчу та міжнародну співпрацю (наприклад, через проєкти Світового банку, такі як HEAL Ukraine). Посилення системної стійкості через цифровізацію та уніфікацію кризових протоколів є необхідною умовою для забезпечення прав громадян.

Отже, збереження здоров'я цивільного населення у військовий час можливе лише за умови дотримання міжнародних стандартів охорони здоров'я, ефективної координації державних і міжнародних структур, а також системного підходу до управління ресурсами та медичними послугами. Таким чином, ефективне правове забезпечення осіб, які опинилися в таких обставинах, вимагає подальшого вдосконалення гармонізації міжнародних і національних норм, розвитку механізмів міждержавної співпраці та стабільного доступу до соціальних і правових гарантій. Відповідність міжнародним стандартам у цьому напрямі сприяє не лише забезпеченню прав українців за кордоном, але й зміцненню міжнародної системи гуманітарного права в цілому. Для України є важливим продовження співпраці зі світовими партнерами задля підтримки своїх громадян за межами країни, а також створення необхідних умов для їхньої безпечної реінтеграції після закінчення війни. Подальші дослідження повинні бути спрямовані на оцінку ефективності цих заходів та розробку практичних рекомендацій для посилення стійкості медичних систем в умовах збройних конфліктів.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження «Медичні правовідносини в умовах воєнного стану» встановлено, що повномасштабна військова агресія Російської Федерації спричинила докорінну трансформацію національної системи охорони здоров'я. Відбувся перехід від домінуючої приватно-правової (договірної) моделі, що ґрунтується на юридичній рівності суб'єктів, до змішаної (дуалістичної) системи з вираженим імперативним публічно-правовим характером. Цей зсув проявився у підпорядкуванні цивільних закладів охорони здоров'я мобілізаційним завданням, запровадженні адміністративних методів управління ресурсами та обмеженні окремих прав пацієнтів в інтересах національної безпеки.

Аналіз теоретичних засад показав, що медичне право в Україні є динамічною системою, розвиток якої тісно пов'язаний із соціально-економічними та політичними етапами. Правове регулювання має виражений дуалістичний характер, що створює постійну напругу: публічне право формує регуляторну архітектуру (ліцензування, стандарти, державні гарантії), тоді як приватне право опікується індивідуальними транзакційними відносинами (договір, відповідальність, автономія пацієнта). Встановлено, що медичні правовідносини — це правова конструкція, в межах якої здійснюється реалізація суб'єктивних прав та обов'язків, а надання медичної послуги є формою реалізації медичної діяльності, що регламентується не лише договірними умовами, а й чіткими медичними стандартами та нормами.

Структурний аналіз підтвердив триєдиний склад медичних правовідносин. Об'єктами виступають не лише особисті немайнові блага (життя та здоров'я), але й сам процес надання допомоги, матеріальні ресурси та інформаційні ресурси (медична таємниця, персональні дані). Українська модель загалом демонструє тенденцію до наближення до європейських стандартів (автономія пацієнта, електронна система), проте вона стикається з системними ресурсними прогалинами та проблемами

доступності послуг, що перешкоджає повноцінній реалізації проголошеної пацієнтської автономії.

Кризові умови війни зумовили суттєве розширення суб'єктного складу та перегляд об'єкта правового регулювання. До традиційних учасників додалися військові медики, бойові медики та волонтерські медичні місії, правовий статус яких потребує уніфікації. Об'єкт правовідносин став включати елементи, які раніше були поза межами медичного права: військово-польове сортування (тріаж), що передбачає зміну пріоритетів від допомоги найтяжчим до тих, хто має найбільші шанси на виживання та відновлення боєздатності, організація медичної евакуації та мобільних шпиталів, а також комплексна реабілітація (медична, психологічна, соціальна) та протезування постраждалих. Принцип добровільної інформованої згоди пацієнта був частково обмежений для військовослужбовців, тоді як для цивільного населення він залишається фундаментальною гарантією.

Також з'явилися нові форми надання допомоги, тобто розширився функціонал телемедицини та мобільної медицини як критично важливих інструментів. Актуалізувалася проблема правового регулювання комплексної реабілітації (медичної, психологічної, соціальної), яка залишається фрагментарною через недостатність уніфікованих норм.

Статус пацієнтів трансформувався залежно від категорії: для військовослужбовців діє спеціальний правовий режим (*lex specialis*), що допускає обмеження окремих прав в інтересах служби, тоді як для ВПО запроваджено екстериторіальний принцип доступу до медичної допомоги. ЗОЗ фактично втратили автономію господарюючих суб'єктів, набувши нових публічно-правових зобов'язань, зокрема щодо забезпечення роботи ВЛК. Правове поле легалізувало діяльність нових суб'єктів, таких як бойові медики (надання інвазивних процедур за протоколами ТССС) та іноземні фахівці (без нострифікації), що породжує правову невизначеність,

оскільки створює ризик притягнення до кримінальної відповідальності (ст. 138 ККУ) за незаконну лікувальну діяльність.

На рівні міжнародного партнерства та правової стійкості встановлено, що стандарти у сфері права на здоров'я функціонують на стику МГП та МППЛ, гарантуючи спеціальний захист цивільних лікарень та медичного персоналу. Аналіз міжнародного досвіду свідчить, що ефективно правове забезпечення українців, які вимушено виїхали за кордон, ґрунтується на Виконавчому рішенні Ради (ЄС) 2022/382, яке активувало Директиву про тимчасовий захист (2001/55/ЄС). Цей механізм гарантував юридичну визначеність та недискримінаційний доступ до медичної допомоги на рівні громадян, що стало критичним фактором стабілізації гуманітарної ситуації у країнах ЄС. Окремо слід відзначити інституціоналізацію волонтерства та міжнародної допомоги, які трансформувалися у повноправних субсидіарних суб'єктів системи, покриваючи дефіцит ресурсів.

Стратегічний вектор удосконалення національної системи охорони здоров'я нерозривно пов'язаний з прискореною європейською інтеграцією. Воєнний стан став каталізатором для впровадження європейських стандартів у ключових напрямках, що є умовою вступу до ЄС. Про це свідчить значний прогрес у сфері охорони здоров'я, зафіксований у звітах, який включає цифровізацію медичної сфери, адаптацію публічного здоров'я (інфекційний контроль, психічне здоров'я, реабілітаційні програми) згідно з рекомендаціями ВООЗ та Європейського центру профілактики та контролю захворювань (ECDC), а також підвищення стійкості (resilience) системи до кризових ситуацій.

Медичні правовідносини в умовах воєнного стану є унікальною та динамічною правовою конструкцією, що вимагає балансу між військовою необхідністю та верховенством права. Ключові виклики та імперативи правотворення обумовлені пріоритетом публічно-правових інтересів національної безпеки, а головною проблемою є необхідність подолання

правової фрагментарності та мінімізації правової невизначеності, які виникають на стику військового та цивільного законодавства.

Для забезпечення стійкості, гуманності та ефективності системи у післявоєнний період необхідна системна законодавча робота, що включає такі пріоритети: кодифікувати множинні підзаконні акти та накази, створивши єдиний нормативно-правовий акт у сфері військової та екстреної медицини, який забезпечить системність регулювання, прозорість процедур та чіткі межі прав і обов'язків; надати імунітет від кримінальної та цивільної відповідальності (на підставі крайньої необхідності) особам, які виконали життєво необхідні процедури в умовах прямої загрози, для усунення юридичного ризику для бойових медиків; законодавчо закріпити повноваження, відповідальність та соціальні гарантії бойових медиків та волонтерського медичного персоналу; розробити Національну стратегію реабілітації на засадах міжнародних стандартів; створити незалежний інститут медичного Омбудсмена для посилення контролю за дотриманням прав пацієнтів, які перебувають під військовим контролем; а також посилити системну стійкість через цифровізацію та гармонізувати національні норми з міжнародними стандартами для забезпечення безпечної реінтеграції громадян після війни.

Таким чином, трансформація медичних правовідносин під час воєнного стану є багатовекторним процесом, що у перспективі інтегрує Україну у європейський правовий простір як стійкого та надійного партнера, а ефективне правове забезпечення сприяє не лише захисту прав українців, але й зміцненню міжнародної системи гуманітарного права в цілому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Миколенко О. І., Лазарева М. І. Генеза наукової думки щодо періодизації правового регулювання сфери охорони здоров'я. *Legal Novels*. 2023. № 19. С. 428–436. URL: http://legalnovels.in.ua/journal/19_2023/57.pdf (дата звернення: 20.11.2024).
2. Білоус В. І. Історія медицини і лікувального мистецтва. Чернівці: Медицина України, 2022. 300 с.
3. Романова І. Д. Розуміння поняття правовідносин. Новітні кримінально-правові дослідження. 2017. № 3. С. 316–319.
4. Особисті немайнові права особи: навч. посібник / за ред. А. О. Дутко. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 444 с.
5. Петровська І. І. Загальна характеристика структури правовідносин публічного контролю в адміністративному праві. IV Міжнародна науково-практична конференція (м. Харків, 22-23 лютого 2018 р.). Харків, 2018. С. 73–76.
6. Булеца С. Б. Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми: монографія. Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2016. 437 с.
7. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 29.11.2024).
8. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI. № 6. Ст. 44. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення: 20.11.2025).
9. Кодекс цивільного захисту України: Закон України від 02.10.2012 № 5403-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text> (дата звернення: 20.11.2025).

10. Цивільний кодекс України: Закон України від 16.01.2003 № 435-IV. 2003. № 40–44. Ст. 356. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 15.12.2024).
11. Про деякі питання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1073-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 03.02.2025).
12. Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України: Наказ МОЗ України від 24.02.2022 № 374. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0374282-22#Text> (дата звернення: 10.02.2025).
13. Про затвердження Порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями: Постанова Кабінету Міністрів України від 18.10.1999 № 1923. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1923-99-%D0%BF#Text> (дата звернення: 11.03.2025).
14. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text> (дата звернення: 11.03.2025).
15. Про правовий режим воєнного стану: Закон України від 12.05.2015 № 389-VIII. Відомості Верховної Ради України. 2015. № 28. Ст. 240. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19#Text> (дата звернення: 20.11.2025).
16. Про оборону України: Закон України від 06.12.1991 № 1932-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1932-12#Text> (дата звернення: 20.11.2025).

- 17.Блащук Т. В. Право на медичну допомогу та його реалізація в умовах пандемії COVID-19. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 2021. Вип. 63. С. 75–80. URL: <http://www.visnyk-juris.uzhnu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/04/16-3.pdf> (дата звернення: 13.04.2025).
- 18.Дутко А. О., Ковбаса К. П. Особисті немайнові права пацієнта – види, способи та форми захисту. Аналітично-порівняльне правознавство. 2022. № 3. С. 50–55. URL: <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/263354> (дата звернення: 13.04.2025).
- 19.Сучасні проблеми міжнародного права. Liber Amicorum до 60-річчя проф. М. В. Буроменського: монографія / за ред. В. М. Репецького та В. В. Гутника. Львів; Одеса: Фенікс, 2017. 564 с.
- 20.Темченко О. В., Абрамович Н. О. Пацієнт як учасник договору про надання медичних послуг. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 2015. Вип. 32, т. 2. С. 88–92.
- 21.Козаченко Ю. А. Адміністративно-правове регулювання забезпечення прав пацієнта в Україні: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Харків, 2016. 24 с.
- 22.Льопко В. І., Кокошко М. В. Права медичних працівників в умовах воєнного стану. Юридичний науковий електронний журнал. 2022. № 9. С. 254–257. URL: http://www.lsej.org.ua/9_2022/60.pdf (дата звернення: 18.05.2025).
- 23.Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підготовки, безперервного професійного розвитку та професійної діяльності за професіями у сфері охорони здоров'я: Закон України від 15.07.2021 № 1665-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1665-20#Text> (дата звернення: 20.11.2025).
- 24.Павлюк Н. М. Правова природа та поняття цивільних правовідносин: загальнотеоретичне дослідження. Юридичний науковий електронний

- журнал. 2022. № 3. С. 100–102. URL: http://lsej.org.ua/3_2022/21.pdf (дата звернення: 05.06.2025).
25. Білоус Т. Й. Загальна характеристика правового регулювання майнових відносин на сучасному етапі розвитку суспільства. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Юриспруденція. 2018. № 33. С. 99–101.
26. Медичне право України: підручник / Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я.; за заг. ред. С. Г. Стеценка. Київ: Атіка, 2008. 507 с.
27. Стеценко С. Г. Медичне право України: підручник. Київ: Правова єдність, 2020. 464 с.
28. Головін О. Мобільна медична допомога як відповідь на виклики війни. Юридична газета. URL: <https://yur-gazeta.com/dumka-eksperta/nadannya-mobilnoyi-medichnoyi-dopomogi-yak-vidpovid-na-vikliki-viyni.html> (дата звернення: 20.11.2025).
29. Тактична медицина: навч. посіб. / В. Д. Шищук, С. І. Редько, М. М. Ляпа. Суми: ВПП «Фабрика друку», 2016. 176 с.
30. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2015 № 681. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text> (дата звернення: 20.11.2025).
31. Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я WHA65.20. WHO, 2012. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R20-en.pdf (дата звернення: 20.06.2025).
32. Коробцова Н. В., Печений О. П. Впровадження телемедичних технологій: перспективи правової регламентації. Юридичний науковий електронний журнал. 2023. № 1. С. 110–112.
33. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 09.09.2025).

34. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text> (дата звернення: 30.07.2025).
35. Деякі питання організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 21.04.2021 № 390. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/390-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.07.2025).
36. Шекера О. Г., Ткаченко В. І. Основи медичного сортування на догоспітальному етапі у разі виникнення надзвичайних ситуацій. Здоров'я суспільства. Київ, 2021. 140 с.
37. Гур'єв С. О., Шищук В. Д., Шкатула Ю. В. Медицина надзвичайних ситуацій. Екстрена медична допомога: навч. посіб. Суми: Видавництво СумДУ, 2010. 321 с.
38. Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.02.2022 № 368. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/03/2022_368_ms_.pdf (дата звернення: 20.07.2025).
39. Військово-польова хірургія: підручник / за ред. Я. Л. Заруцького, В. Я. Білого. Київ: Фенікс, 2018. 544 с.
40. Матвійчук М. В. Порядок організації медичного забезпечення оборонного бою механізованого батальйону: навч. посіб. Вінниця, 2022. 134 с.
41. Кузьмін В. Ю. Медичне сортування при масових випадках надходження постраждалих. Медицина невідкладних станів. 2019. № 3 (98). С. 11–16.
42. Кульчицький Т. Р. Поняття та ознаки внутрішньо переміщених осіб в Україні. Науковий вісник. 2017. 57 с.
43. Михайловський В. І. Внутрішньо переміщені особи – особливості національного та міжнародно-правового забезпечення. Науковий вісник публічного та приватного права. 2016. Вип. 4. 155 с.

44. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб: Закон України від 20.10.2014 № 1706-VII. № 1. Ст. 1. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text> (дата звернення: 20.07.2025).
45. Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.03.2022 № 496. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text> (дата звернення: 03.08.2025).
46. Женевська конвенція про захист цивільного населення під час війни від 12 серпня 1949 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_154 (дата звернення: 03.08.2025).
47. Додатковий протокол до Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 року, що стосується захисту жертв міжнародних збройних конфліктів (Протокол I), від 8 червня 1977 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_199#Text (дата звернення: 20.11.2025).
48. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 20.11.2025).
49. Савицкая А. Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов: Вища школа, 1982. 196 с.
50. Тарасенко В., Щукін О. Медичне право: навчально-методичний посібник. Одеса: Фенікс, 2024. 97 с.
51. Бородін І., Пасіка С. Правовий статус військовослужбовців в Україні. European Political and Law Discourse. 2017. Vol. 4, Issue 1. URL: <https://eppd13.cz/wp-content/uploads/2017/2017-4-1/29.pdf> (дата звернення: 21.11.2025).

52. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 20.12.1991 № 2011-ХІІ. Відомості Верховної Ради України. 1992. № 15. Ст. 190.
53. Доступні ліки. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/dostupni-liki> (дата звернення: 20.11.2025).
54. Механізм забезпечення прав внутрішньо переміщених осіб: національний та міжнародний аспекти: монографія / С. Б. Булеца, О. І. Котляр, Я. В. Лазур та ін. ; за заг. ред. О. Я. Рогача, М. В. Савчина та М. В. Менджул. Ужгород : РІК-У, 2017. 348 с.
55. Про організацію трудових відносин в умовах воєнного стану: Закон України від 15.03.2022 № 2136-ІХ.
56. Про військовий обов'язок і військову службу: Закон України від 25.03.1992 № 2232-ХІІ № 27. Ст. 385. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2232-12#Text> (дата звернення: 21.10.2025).
57. Женевська конвенція про поліпшення долі поранених і хворих у діючих арміях від 12 серпня 1949 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_151#Text (дата звернення: 20.11.2025).
58. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 № 117 (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0117282-02> (дата звернення: 20.11.2025).
59. Хитрова О. М. Правові засади діяльності бойових медиків в Україні: проблеми теорії та практики. Вісник кримінального судочинства. 2020. № 3. С. 42–49.
60. Основи тактичної медицини : навч.-метод. посіб. / М. І. Бадюк, А. В. Швець та ін. Київ : НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2022.

- 61.Кримінальний кодекс України: Закон України від 05.04.2001 № 2341-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text> (дата звернення: 23.11.2025).
- 62.Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.03.2022 № 441. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0356-22#Text> (дата звернення: 12.11.2025).
- 63.Деякі питання оплати послуг за надання медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь у відсічі збройної агресії, в умовах воєнного стану : Постанова Кабінету Міністрів України від 26.04.2022 № 491. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/491-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 27.10.2025).
- 64.Питання організації роботи військово-лікарських комісій на базі закладів охорони здоров'я комунальної та державної форми власності: Постанова Кабінету Міністрів України від 18.04.2023 № 343. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/343-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 12.11.2025).
- 65.Вашкович В. В. Адміністративно-правове забезпечення волонтерства як складова соціальної функції держави: автореф. дис. канд. юрид. наук : 12.00.07. Ужгород, 2018. 19 с.
- 66.Про волонтерську діяльність: Закон України від 19.04.2011 № 3236-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3236-17#Text> (дата звернення: 15.10.2025).
- 67.Про благодійну діяльність та благодійні організації: Закон України від 05.07.2012 № 5073-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5073-17#Text> (дата звернення: 07.11.2025).
- 68.Білик В. С. Правове регулювання надання волонтерської допомоги Збройним Силам України: візії сьогодення. Академічні візії. 2024. № 28. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/1377> (дата звернення: 11.10.2025).

69. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI. Відомості Верховної Ради України. 2013. № 6. Ст. 44. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення: 27.09.2025).
70. Про основи національного спротиву: Закон України від 16.07.2021 № 1702-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1702-20#Text> (дата звернення: 25.11.2025).
71. Громик В. С., Литвин Н. А. Актуальні питання правового регулювання надання медичної допомоги в період дії воєнного стану в Україні. Юридичний науковий електронний журнал. 2022. № 10. С. 345–348.
72. Про гуманітарну допомогу: Закон України від 22.10.1999 № 1192-XIV. Відомості Верховної Ради України. 1999. № 51. Ст. 451. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1192-14#Text> (дата звернення: 20.11.2025).
73. Міжнародний комітет Червоного Хреста в Україні: правові засади та практична діяльність. Аналітично-порівняльне правознавство. 2023. № 6. С. 403–407.
74. Про залучення медичних працівників-іноземців до надання допомоги постраждалим в умовах воєнного стану: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.02.2022 № 383. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0383282-22#Text> (дата звернення: 19.10.2025).
75. Деякі питання пропуску та обліку гуманітарної допомоги в умовах воєнного стану: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.09.2023 № 953. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/953-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 19.10.2025).
76. Галай В. О. Захист прав пацієнтів у правозахисному механізмі в Україні. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 19–20 квіт. 2007 р.). Львів, 2007. С. 67–72.

77. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), прийнятий у Нью-Йорку 22 липня 1946 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599#Text (дата звернення: 20.11.2025).
78. ISO/IEC Guide 2:2004. Standardization and related activities – General vocabulary. ISO, 2004.
79. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права: Міжнародний документ від 16.12.1966. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042#Text (дата звернення: 12.11.2025).
80. Комітет ООН з економічних, соціальних і культурних прав. Зауваження загального порядку № 14. Право на найвищий досяжний рівень здоров'я. 2000.
81. Касяненко Ю. В. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я: теоретико-правове дослідження : монографія. Київ, 2017. 384 с.
82. Загальна декларація прав людини : прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text (дата звернення: 20.11.2025).
83. Physicians for Human Rights. Medical Neutrality. URL: <https://phr.org/issues/medical-neutrality/> (дата звернення: 20.11.2025).
84. Зміцнення координації в галузі надання надзвичайної гуманітарної допомоги Організації Об'єднаних Націй: Резолюція Генеральної Асамблеї ООН від 19.12.1991 № 46/182.
85. Додатковий протокол до Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 року, що стосується захисту жертв збройних конфліктів неміжнародного характеру (Протокол II), від 8 червня 1977 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_200#Text (дата звернення: 12.11.2025).

86. WHO Surveillance System for Attacks on Health Care. Global Report 2023. [Дата стану фактів: 2023-05-18].
87. Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я WHA65.20. WHO, 2012. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R20-en.pdf (дата звернення: 25.11.2025).
88. Угода про позику (Проект «Зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя» (Heal Ukraine)) між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку (МБРР) від 22 грудня 2022 року № 9468-UA. URL: <https://moz.gov.ua/uk/zmicnennja-sistemi-ohoroni-zdorovja-ta-zberezhennja-zhittja-heal-ukraine> (дата звернення: 17.10.2025).
89. Біліченко В. М. Сучасний стан тактичної медицини як показник основ тактичної підготовки сучасних працівників Національної поліції України. Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ. 2021. № 4. С. 249–251.
90. Виконавче рішення Ради (ЄС) 2022/382 від 4 березня 2022 року про встановлення факту масового напливу переміщених осіб з України... Офіційний вісник ЄС. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text (дата звернення: 11.11.2025).
91. Директива Ради 2001/55/ЄС від 20 липня 2001 року про мінімальні стандарти для надання тимчасового захисту у разі масового напливу переміщених осіб... URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_330#Text (дата звернення: 11.11.2025).
92. Конвенція про статус біженців від 28 липня 1951 року та Протокол щодо статусу біженців від 31 січня 1967 року.
93. Загальні положення ЄС щодо переміщених осіб. Офіційний вебсайт Європейської Комісії. URL: <https://home-affairs.ec.europa.eu/> (дата звернення: 25.11.2025).
94. Уркевич В. Тимчасовий захист громадян України в Європі. Суддя Верховного суду України. 2022. 21 с. URL:

- https://supreme.court.gov.ua/userfiles/media/new_folder_for_uploads/supreme/2022_prezent/Prezent_Tumchas_zahust.pdf (дата звернення: 20.11.2025).
- 95.Голян Л. Тимчасовий захист або статус біженця: рекомендації для осіб, які покидають Україну. Ліга Закон. 18.03.2022. URL: <https://biz.ligazakon.net/analytics/210042-timchasoviy-zakhist-abo-status-bzhentsya-rekomendats-dlya-osb-yak-pokidayut-ukranu> (дата звернення: 23.11.2025).
- 96.Національний фонд здоров'я (NFZ) Польщі. Komunikat ws. zmian w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej dla obywateli Ukrainy objętych specustawą. [Дата стану фактів: 29.09.2025].
- 97.Пояснення щодо застосування тимчасового захисту в Німеччині. Germany4Ukraine. URL: https://www.germany4ukraine.de/UA/startseite_node.html (дата звернення: 25.11.2025).
- 98.Як українці можуть отримати медичну допомогу в Чехії. Юридична газета. URL: <https://jur-gazeta.com/golovna/yak-ukrayinci-mozhut-otrimati-medichnu-dopomogu-v-chehiyi.html> (дата звернення: 23.11.2025).
- 99.Як українцям в Італії отримати безкоштовну медичну допомогу. Visit Ukraine. URL: <https://visitukraine.today/uk/blog/392/how-can-ukrainians-in-italy-get-free-medical-care> (дата звернення: 23.11.2025).
100. Уряд Італії (Gazzetta Ufficiale) / Decreto-legge 21 marzo 2022, n. 21 від 21.03.2022 (Набув чинності 22.03.2022) URL:[DECRETO-LEGGE 21 marzo 2022, n. 21 \(Misure urgenti per contrastare gli effetti economici e umanitari della crisi ucraina\)](https://www.gazzettaufficiale.it/eli/2022/03/21/legge-dl/21/2022-03-21) (дата звернення: 23.11.2025)