

УДК [342.951:61.253.8]/(477)

**О.С. ПРОНЕВИЧ,**

докт. юрид. наук, проф., Центр вивчення проблем адаптації законодавства України до законодавства ЄС юридичного факультету Київського національного університету імені Тараса Шевченка

## **ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ЗАСАДНИЧИХ ЕЛЕМЕНТІВ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ МОДЕЛІ ВІДНОСИН «ДЕРЖАВА- ПАЦІЄНТ-ЛІКАР» У НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ**

*Ключові слова:* право на здоров'я, охорона здоров'я, медична допомога, медична послуга, права пацієнта, міжсекторальне співробітництво у сфері охорони здоров'я

В ієрархії людських цінностей здоров'я посідає провідне місце. Здоров'я є динамічним процесом повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутністю хвороб або фізичних дефектів. Фахівці виокремлюють чотири основні групи чинників, що детермінують здоров'я індивіда, а саме: спосіб життя людини; генотип/фенотип; середовище проживання людини та природно-кліматичні умови; фундаментальну та клінічну медицину, діяльність закладів охорони здоров'я. Право на досягнення (збереження, поновлення) максимально можливого рівня здоров'я має виняткове значення для будь-якої особи, оскільки є базисом для реалізації інших прав людини. Кожна людина наділена невід'ємним правом на охорону здоров'я, що передбачає доступність медичної допомоги і забезпечення необхідних для здоров'я життєвих умов (чистої питної води, нормальних санітарних умов, безпечних умов праці, достатнього харчування і житлових умов). Охорона здоров'я як складний соціально-управлінський феномен охоплює сукупність здійснюваних уповноважених органами публічної влади і недержавним сектором заходів

соціально-економічного, правового, культурного, медичного, санітарно-гігієнічного та протиепідеміологічного характеру, спрямованих на збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я людини, надання їй ефективної медичної допомоги, підтримання оптимальної працездатності і соціальної активності при забезпеченні максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості життя. Стан охорони здоров'я належить до об'єктивних індикаторів рівня соціальної захищеності і благополуччя населення. Аксиоматично, що невиконання державою засадничої функції охорони здоров'я неминуче створює загрозу для життєзабезпечення суспільства та знижує якість життя кожної людини.

Вітчизняна система охорони здоров'я ґрунтується на архаїчній «парадигмі Семашко», є вкрай корумпованою та потерпає від перманентного недофінансування. Як наслідок, у суспільстві стверджується песимізм і зневіра у можливостях національної медицини, якості надаваних медичних послуг і кваліфікації персоналу. Негативна оцінка стану медицини формується на тлі зубожіння населення, якому якісне медичне обслуговування практично недоступне. Зазначені чинники зумовлюють необхідність імплементації європейських стандартів розбудови систем охорони здоров'я.

Впродовж останнього часу у юридичній науці триває дискусія щодо доктринально-правового обґрунтування реформи медичної галузі на людиноцентристських і раціональних засадах. Окремі аспекти цієї проблеми розглядалися у публікаціях О.В. Анталовці [1], З.С. Гладуна [2], Р.Ю. Гревцової [3], О.Є. Губаря [4], Д.В. Кармишева [5], О.Г. Рогової [6] та ін. Ознайомлення з їх науковим доробком дає можливість зробити висновок щодо недостатнього урахування визначених європейськими інституціями правових постулатів та управлінських трендів у сфері охорони здоров'я.

Метою статті є осмислення засадничих елементів сформованої у контексті транспонування положень міжнародно-правових актів та

актів *acquis communautaire* європейської моделі відносин «держава-пацієнт-лікар». Особлива увага приділена з'ясуванню перспектив їх імплементації у вітчизняне законодавство.

Парламентська асамблея Ради Європи наголошує, що реформа систем охорони здоров'я у державах-членах Ради Європи є «перманентним процесом, покликаним примирити нерідко суперечливі цілі максимізації якості, ефективності та рівності доступу, а також забезпечення життєздатності системи в умовах обмеженості державних ресурсів та стрімких демографічних і технологічних змін», а головним критерієм оцінки успіху реформ системи охорони здоров'я є забезпечення права на загальний доступ до охорони здоров'я без будь-якої дискримінації та, як наслідок, покращання загальних показників здоров'я і благополуччя усього населення [7].

Реформування сектору охорони здоров'я в більшості європейських країн було започатковано наприкінці 80-х років ХХ століття. Оскільки уніфікованої моделі управління медичною сферою не існувало, то національні уряди змушені були зосереджуватися на вирішенні різних завдань у пошуку балансу державних і суспільних інтересів. В умовах існування централізованої управлінської моделі першочергово йшлося про перегляд презумпції державного верховенства і запровадження елементів децентралізації (підвищення інституційної спроможності закладів охорони здоров'я локального і регіонального рівнів, легітимізації державно-приватного партнерства). Натомість плюралізовані ринкові системи управління сферою охорони здоров'я вдосконалювалися шляхом запровадження нових правил і процедур реалізації державою ролі своєрідного рефері-монітора у відносинах між уповноваженими державними та недержавними суб'єктами. Комплексний характер проблеми унеможливив використання спрощених стратегій та її механістичне зведення до дилеми «держава або ринок». За цих обставин було сформовано запит на формування модельного європейського стандарту регу-

лювання відносин у межах тріади «держава-пацієнт-лікар», який мав би гармонізувати постулат щодо належності охорони здоров'я до безумовних суспільних благ та імператив щодо соціальної акцептованості обмеженого регулюючого впливу держави у сфері охорони здоров'я із суверенітетом споживача (правом пацієнта), легітимізацією медичної послуги та комерціалізацією окремих сегментів медичної галузі, запровадженням договірних відносин між пацієнтом і лікарем, вдосконаленням фінансового стимулювання праці медичного персоналу тощо.

Консолідована позиція європейської спільноти щодо засадничих принципів розбудови національних систем охорони здоров'я артикульована у Люблянській хартії з реформування охорони здоров'я в Європі, ухваленій 19.06.1996 року усіма державами-членами Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). У документі наголошено, що системи охорони здоров'я Європейського регіону повинні: ґрунтуватися на засадах гідності людської особистості, рівності, солідарності та професійної етики; націлюватися на покращання стану здоров'я; керуватися потребами та очікуваннями громадян; зосереджуватися на підвищенні якості та ефективності витрат; отримувати достатнє фінансування для стійкого забезпечення медичним обслуговуванням усіх громадян, що передбачає загальне охоплення населення і рівний доступ до необхідної допомоги; відповідати вимогам всебічності, безперервності і послідовності первинної медико-санітарної допомоги. Особлива увага приділена розробці та розвитку політики у сфері охорони здоров'я (досягненню широкого суспільного консенсусу, налагодженню перманентного моніторингу та оцінки відповідних процесів «відкритим для громадськості чином», забезпеченню обговорення «вартості різних аспектів охорони здоров'я»), урахуванню думки та вибору громадян з ключових питань (змісту медичної допомоги, надання медичних послуг на договірній основі, взаємодії між мед-

персоналом і пацієнтами, регулювання черг, розгляду скарг і вжиття заходів реагування), реорганізації системи надання медичної допомоги (у тому числі шляхом зміщення акценту від невідкладної лікарняної допомоги до надання ефективної первинної медико-санітарної допомоги, зміцнення регіональних мереж медичних служб, інформатизації медичної галузі), зміні характеру використання людських ресурсів (розширенню базової підготовки, спеціалізації та безперервного навчання працівників сфери охорони здоров'я, запровадженню належних стимулів для заохочення медичних працівників дотримуватися розумних вимог щодо якості, вартості та кінцевих результатів надання медичної допомоги), вдосконаленню механізмів управління (зокрема надання максимально можливої самостійності закладам охорони здоров'я «в управлінні своїми ресурсами за умови дотримання принципів, що забезпечують функціонування справедливої та ефективної системи надання медичної допомоги») [8].

У проголошеній Всесвітньою організацією охорони здоров'я стратегії «Право на здоров'я – фундаментальне право для всіх» виокремлено такі три базові постулати права на здоров'я: здоров'я є основним ресурсом суспільства, держави; право людини на здоров'я повинно бути закріплено законодавчо; держава зобов'язана забезпечити право громадянина на збереження, зміцнення і поновлення здоров'я. Твердження щодо обов'язку держави у сфері охорони здоров'я корелюється з положенням європейської доктрини про покладання на державу відповідальності за стан організації і забезпечення функціонування національної системи охорони здоров'я. Так, відповідно до статей 11 та 13 Європейської соціальної хартії передбачено обов'язок держав-підписантів самостійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями вживати належних заходів з метою забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я і права на соціальну та медичну допомогу [9]. Держава забезпечує

реалізацію збалансованих національних та регіональних стратегій і практик. Аксиоматично, що права людини є фундаментом для формування і розвитку державної політики у сфері охорони здоров'я. Основними компонентами права на здоров'я є: наявність медичних закладів, товарів і послуг; доступність (фізична, економічна та інформаційна доступність медичних послуг); прийнятність (дотримання вимог медичної етики та повага моральних цінностей); рівність, участь і охоплення всіх громадян (інклюзивність, відсутність дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, мови, релігії, національного та соціального походження, віку, статі або іншого статусу, включаючи й статус людей, які страждають від хронічних або інфекційних захворювань); міжсекторальне співробітництво тощо. Держава зобов'язана забезпечити доступ і дотримання високих стандартів лікування маргіналізованих і соціально уразливих груп населення (людей з обмеженими фізичними та психічними можливостями, мігрантів, представників меншин, жертв порушення прав людини тощо). Досвід провідних європейських демократій свідчить, що державне регулювання у сфері охорони здоров'я має комплексний характер і охоплює такі сфери: регулювання якості та ефективності (оцінка економічності клінічного втручання, професійна підготовка медиків, акредитація постачальників послуг); регулювання доступу до послуг (регулювання доступу пацієнтів до лікаря-фахівця, часткова оплата послуг, реєстрація хворих тощо); регулювання дій платників (визначення правил контрактиції, встановлення цін на медичні послуги в державному секторі тощо); регулювання ринку медикаментів (встановлення орієнтованих цін, контроль за прибутком); регулювання професійної діяльності лікарів (встановлення рівнів зарплати і компенсацій, вимоги до ліцензування, запровадження страхового покриття помилок у роботі лікарів) [10, с.118–119].

Пацієнт є фізичною особою, яка незалежно від стану здоров'я звернулася до спеціалізо-

ваного закладу (лікаря) за отриманням медичної послуги/медичної допомоги. Права пацієнтів (включаючи право на самовизначення пацієнта та автономію волі) є похідними та невід'ємними від загальних прав людини. Керівні принципи забезпечення прав пацієнта на території європейських держав вперше у концентрованому вигляді було сформульовано в ухваленій у березні 1994 року Декларації про політику у сфері забезпечення прав пацієнта в Європі. У Декларації наголошено на комплексному характері потенційних потреб пацієнта в медичних послугах (охоплюють профілактику, діагностику, лікування, догляд і реабілітацію), оскільки його стан може варіюватися від повного здоров'я до термінального. Права пацієнта поділяються на соціальні та індивідуальні. Соціальні права як надбання усього суспільства пов'язані з доступністю медичної допомоги для усіх громадян та усуненням будь-яких дискримінаційних бар'єрів у цій царині. Вони витікають із соціальних зобов'язань урядів, муніципалітетів, громадських організацій і приватного сектору щодо «розумного забезпечення населення медичною допомогою». Розумність обсягу, номенклатури і технологічності доступних населенню медичних послуг визначається з урахуванням соціальної акцептованості задекларованих публічною владою пріоритетів та економічної спроможності дотичних суб'єктів якісно вирішувати завдання у сфері охорони здоров'я. Натомість індивідуальні права пацієнтів охоплюють право на збереження фізичної та психічної цілісності особистості, безпеку, конфіденційність, моральні і культурні цінності, філософські та релігійні переконання. Реалізація цих прав ґрунтується на дотриманні низки засадничих принципів, а саме: взаємоповаги, підтримки та довірливого діалогу між пацієнтами і надавачами медичних послуг; можливості досягнення «найвищого для себе рівня здоров'я» з урахуванням існуючих можливостей ефективної профілактики та лікування; вичерпного інформування пацієнта про стан його здоров'я (включаючи

дані про діагноз, прогноз і план лікувальних заходів, можливі ризики, переваги пропонованих та альтернативних методів лікування, можливі наслідки відмови від лікування тощо); надання пацієнту можливості ознайомлення з «альтернативною думкою» щодо стану його здоров'я і перспектив лікування; визнання інформованої усвідомленої згоди пацієнта попередньою умовою будь-якого медичного втручання (водночас за наявності підстав для медичного втручання за невідкладними показаннями при перебуванні пацієнта у безпорадному стані визнається презумпція згоди на таке втручання); можливості винесення судом або іншою арбітражною інстанцією рішення щодо медичного втручання у випадках, коли законний представник пацієнта не дає згоди на медичне втручання, а лікар або інший надавач медичної послуги вважає, що «в інтересах пацієнта втручання слід здійснити»; нерозголошення інформації про стан здоров'я пацієнта, діагноз, прогноз і лікування його захворювання або іншої інформації персонального характеру навіть після його смерті; обов'язковості вжиття лікувально-профілактичними закладами належних заходів з метою забезпечення збереження лікарської таємниці; колективного представництва пацієнтами своїх інтересів на усіх рівнях системи охорони здоров'я при прийнятті рішень щодо планування та оцінки медичних послуг, що визначають обсяг, якість і характер медичної допомоги тощо. Визнано, що жодні обмеження прав пацієнтів не повинні порушувати права людини, а розумні обмеження прав пацієнта можуть бути зумовлені такими чинниками: необхідністю підтримання публічного порядку і забезпечення публічної безпеки; інтересами «третьої сторони» (доктриною «конфлікту інтересів»), коли необмеженість прав пацієнта може завдати серйозних збитків третім особам; міркуваннями захисту самого пацієнта («терапевтичними обмеженнями») [11].

Справжнім інструментом гармонізації національних систем охорони здоров'я є прий-

ята в листопаді 2002 року на нараді великих організацій громадянського суспільства країн ЄС у Римі Європейська хартія прав пацієнтів, де визначено каталог взаємопов'язаних і взаємозумовлених прав пацієнта, що включає право на профілактичні заходи (належне медичне обслуговування, спрямоване на попередження захворювання), доступність медичних послуг, отримання інформації про стан здоров'я та медичні послуги, інформовану згоду, свободу вибору, приватність і конфіденційність, повагу до часу пацієнтів, допомогу з дотриманням стандартів якості, безпеку, використання сучасних технологій, попередження за можливості страждань і болю, індивідуальний підхід до лікування, подачу скарги, відшкодування завданої шкоди [12].

Європейська медична доктрина ґрунтується на постулаті щодо безпосередньої залежності ефективності надання медичної допомоги від якості «кадрів охорони здоров'я», до яких на основі класифікації ВООЗ належать працівники, долучені до надання медико-санітарних послуг у якості лікарів, медичних сестер, «медичних працівників на рівні територіальних громад» (фельдшерів), а також працівники допоміжних служб (адміністративний персонал закладів охорони здоров'я, водії карет швидкої допомоги тощо). Безумовно, лікар є ключовою ланкою у системі надання медичної допомоги. Правовою та етичною базою повсякденної діяльності лікаря є права людини. До загальних обов'язків лікаря віднесено ствердження «людського життя з самого його початку як найвищої цінності» та «чесних і шляхетних традицій професії» [13], недопущення впливу фінансових інтересів на вільне і незалежне виконання професійних рішень в інтересах пацієнта, надання кожній людині невідкладної медичної допомоги без будь-яких винятків, неприпустимість дискримінації пацієнта за ознаками віку, стану здоров'я, віросповідання, расової належності, статі, національності, політичних переконань, сексуальної орієнтації або соціального становища, засноване на співчутті і

повазі до людської гідності самовіддане надання компетентної медичної допомоги, забезпечення конфіденційності інформації про фізичний або психічний стан пацієнта, чесне поводження з пацієнтами та колегами [14]. Професія лікаря ґрунтується на низці артикульованих міжнародними інституціями положень, а саме: забезпечення права вільного вибору пацієнтом лікаря та лікарем пацієнта; свободи лікаря у виборі місця практики і виправдання обмежень лише спеціалізацією; неприпустимості примусу лікаря до роботи на неприйнятних умовах; адекватної оплати роботодавцем праці лікаря з урахуванням характеру наданої ним медичної послуги, вартість якої повинна визначатися за участю представників медичного співтовариства; оцінки якості та ефективності наданої фахівцем медичної допомоги лише профільними лікарями; неприпустимості обмежень права лікаря на випуску будь-яких препаратів і призначення адекватного лікування; визначення умов праці медиків з обов'язковим урахуванням позиції професійних громадських лікарських організацій; перманентного прагнення лікаря до поглиблення знань і підвищення професійного статусу; неприпустимості позбавлення «належним чином зареєстрованого лікаря прав та обов'язків, що витікають з членства в національній медичній асоціації, через колір шкіри, віросповідання, етнічної належності, національності, статі, віку або політичних переконань»; виняткової важливості професійної автономії та самоврядування професії лікаря; представництва та відстоювання медичних потреб пацієнта перед усіма, хто хотів би позбавити або обмежити надання необхідної допомоги хворим або травмованим.

Вітчизняне медичне законодавство еволюціонує у контексті європейської правової традиції. На нашу думку, перспектива його подальшої новелізації полягає у вжитті таких заходів у контексті імплементації окремих елементів європейської моделі відносин «державо-пацієнт-лікар»:

– підготовки та ухвали ґрунтованої на людиноцентристських засадах концепції реформування системи охорони здоров'я як комплексного документу, що містить апробовані управлінсько-правові алгоритми вирішення актуальних проблем у ключових сферах (публічного адміністрування, фінансування, оптимізації інфраструктури, надання медичної допомоги, інформатизації, інноваційного розвитку, кадрового та матеріально-технічного забезпечення);

– пріоритетизації Міністерства охорони здоров'я України як профільного центрального органу виконавчої влади на реалізації трьох базових функцій (розробки стратегії розвитку медичної і фармацевтичної галузей, здійснення регуляторного нагляду, інформаційного забезпечення у сфері охорони здоров'я);

– легітимізації принципів міжсекторального співробітництва та «Здоров'я в усіх стратегіях», запровадження нової системи управління інформацією про стан здоров'я пацієнтів (зокрема eHealth);

– розбудови єдиного медичного простору (розміщення державного замовлення у недержавних закладах охорони здоров'я з метою забезпечення максимальної доступності гарантованого рівня медичної допомоги);

– ствердження профілактики захворювань як «четвертого компоненту» медичної допомоги поряд з невідкладною допомогою, довгостроковою медичною допомогою та медичною реабілітацією (одним з першочергових заходів має стати поновлення загальнообов'язкових щорічних безкоштовних медичних оглядів);

– забезпечення неухильного дотримання прав пацієнтів (збереження і розширення права на вільний вибір лікаря, медичного закладу і схеми медичного страхування, забезпечення доступу до інформації та участі у прийнятті медичних рішень);

– запровадження незалежних інституцій розгляду скарг про порушення прав пацієнтів на усіх рівнях надання медичної допомоги;

– поширення інформації про здоровий спосіб життя (у тому числі забезпечення безперешкодного доступу населення до важливої для здоров'я інформації про продукти харчування, споживчі товари, середовище життєдіяльності тощо) та обов'язкове урахування зазначеного чинника органами публічної влади про формуванні і реалізації стратегій (ініціатив) на національному, регіональному та локальному рівнях;

– ствердження інституту сімейного лікаря/лікаря загальної практики як засадничого елементу системи охорони здоров'я, спроможного забезпечити первинну турботу про здоров'я пацієнтів, а не лише лікування захворювань (у Нідерландах цією категорією лікарів надається 93 % послуг на первинній ланці медичної допомоги, а у Великобританії – 90 %);

– впровадження міжнародних клінічних протоколів (клінічних настанов), що містять рекомендації рівня доказовості 1А (підтвердження доведеної багатьма дослідженнями беззаперечної переваги рекомендованого способу), як ефективного інструменту управління якістю надання медичної допомоги, забезпечення «переходу медицини, заснованої на авторитеті та індивідуальному досвіді лікаря, до медицини, заснованої на доказах»;

– налагодження ефективного державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я у першу чергу шляхом передачі в аутсорсинг виконання робіт за непрофільними напрямками діяльності лікувальних установ (діагностики, харчування, охорони, транспортного забезпечення тощо);

– запровадження державних програм надання лікарям допомоги у подоланні негативних наслідків притаманного для представників професій «людина-людина» синдрому «емоційного вигорання» як результату стійкого порушення психоемоційної рівноваги (виснаження) працівника через тривале домінування зовнішніх вимог над внутрішніми ресурсами особистості тощо.

Резюмуючи, зазначимо, що здоровий спосіб життя і якісна медична допомога є важливими

чинниками розбудови продуктивного, сильного та розумного суспільства. Кожна людська спільнота об'єктивно зацікавлена у розбудові орієнтованої на пацієнта, якісної, доступної та персоналізованої системи охорони здоров'я. Реформування медичної галузі передбачає консолідацію зусиль органів публічної влади, професійного медичного та експертного середовища, інститутів громадянського суспільства. Основним критерієм визначення ефективності системи охорони здоров'я є забезпечення населенню безперешкодного доступу до недискримінаційної та високоякісної медичної допомоги. Імплементация європейських стандартів правового регулювання надання медичної допомоги в першу чергу полягає у досягненні розумного балансу державних і приватних інтересів у сфері охорони здоров'я, створенні умов для набуття пацієнтом статусу рівноправного партнера лікаря і держави у збереженні та поновленні свого здоров'я.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Анталовці О. В. Правова реформа системи охорони здоров'я Великобританії // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія «Юриспруденція». 2014. № 10-1. Т. 2. С. 35–37.
2. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : монографія. К. : Юрінком Інтер, 2007. 720 с.
3. Гревцова Р. Ю. Медичне право України: тенденції і перспективи розвитку в умовах глобалізаційних та євроінтеграційних процесів // Право і громадянське суспільство. 2014. № 1. С. 192–202.
4. Губар О. Є. Медичне страхування в країнах Європейського Союзу // Фінанси України. 2003. № 7. С. 40–43.
5. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти) : монографія. Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2004. 304 с.
6. Рогова О. Г. Основні напрямки реформування системи охорони здоров'я України // Актуальні проблеми державного управління. 2008. № 2. С. 177–182.
7. Реформа систем здравоохранения в Европе – согласование требований равенства, качества и эффективности: рекомендация Парламентской ассамблеи Совета Европы 1626 (2003). URL: [http://www.coe.int/T/r/Parliamentary\\_Assembly/%5bRussian\\_document\\_s%5d/%5b2003%5d/%5bSept\\_2003%5d/Rec%201626%20Rus.asp#TopOfPage](http://www.coe.int/T/r/Parliamentary_Assembly/%5bRussian_document_s%5d/%5b2003%5d/%5bSept_2003%5d/Rec%201626%20Rus.asp#TopOfPage).
8. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения в Европе: решение всех государств-членов Европейского региона Всемирной организации здравоохранения от 19 июня 1996 года, Любляна (Словения). URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/113304/E55363R.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/113304/E55363R.pdf?ua=1).
9. Європейська соціальна хартія від 03.05.1996 № ETS 163 / ратиф. із заявою законом України від 14.09.2006 № 137-V. URL: [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994\\_062](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_062).
10. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / авт. кол.: М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. К.; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
11. Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе: принята Европейским консультативным совещанием Всемирной организации здравоохранения по правам пациента, 28-30 марта 1994 г. (Амстердам, Нидерланды). URL: [http://samlib.ru/s/stonogin\\_s\\_w/europe.shtml](http://samlib.ru/s/stonogin_s_w/europe.shtml).
12. Європейська хартія прав пацієнтів : від 15.11.2002 р. URL: <http://phc.org.ua/uploads/files/hartia.pdf>.
13. Женевская декларация: принята на 2-й Генеральной ассамблее Всемирной медицинской ассоциации (Женева, сентябрь 1948 г.). URL: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990\\_001](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_001).
14. Международный кодекс медицинской этики: принят 3-й Генеральной ассамблее

Всемирной медицинской ассоциации (Лондон, октябрь 1949 г.). URL: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990\\_002](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_002).

*Проневич О. С. Імплементція засадничих елементів європейської моделі відносин «держава-пацієнт-лікар» у національне законодавство України // Форум права: електрон. наук. фахове вид. 2017. № 2. С. 104–111. URL: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/FP\\_index.htm\\_2017\\_2\\_18.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/FP_index.htm_2017_2_18.pdf)*

Стаття присвячена осмисленню засадничих елементів європейської моделі відносин «держава-пацієнт-лікар», сформованої у контексті транспонування міжнародно-правових актів та актів *acquis communautaire*. Особлива увага акцентована на з'ясуванні перспектив їх імплементції у вітчизняне законодавство.

\*\*\*

*Проневич А.С. Имплементация основополагающих элементов европейской модели отношений «государство-пациент-врач» в национальное законодательство Украины*

Статья посвящена осмыслению основополагающих элементов европейской модели отношений «государство-пациент-врач», сформированной в контексте транспонирования международно-правовых актов и актов *acquis communautaire*. Особое внимание акцентируется на определении перспектив их имплементации в отечественное законодательство.

\*\*\*

*Pronevych A.S. The Implementation of the Fundamental Elements of the European Model of the State-Patient-Doctor Relationship in National Legislation of Ukraine*

The article is devoted to the comprehension of the fundamental elements of the European model of «state-patient-doctor» relations, formed in the context of transposition of international legal acts and *acquis communautaire* acts. Particular attention is focused on determining the prospects for their implementation in the domestic legislation.

Форум права