

КРАВЧЕНКО О.В.

**АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВІ ІНСТРУМЕНТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ****ADMINISTRATIVE AND LEGAL INSTRUMENTS TO ENSURING
ACCESSIBILITY TO MEDICAL SERVICES IN UKRAINE**

У статті здійснено комплексне дослідження адміністративно-правових інструментів забезпечення доступності медичних послуг в Україні. Обґрунтовано, що доступність медичних послуг є самостійною адміністративно-правовою категорією, зміст якої не вичерпується нормативним закріпленням права на медичну допомогу, наявністю закладу охорони здоров'я або фінансовим покриттям відповідної послуги. Вона характеризує реальну можливість пацієнта пройти весь організаційно та юридично визначений маршрут: отримати зрозумілу інформацію, обрати належного надавача, здійснити запис або отримати направлення, своєчасно дістатися до місця обслуговування, бути допущеним до отримання послуги, продовжити лікування в іншого надавача та оскаржити рішення, дію чи бездіяльність, що перешкоджають доступу. Розмежовано доступність медичних послуг та їх наявність, безоплатність, якість, результативність, цифровізацію, фінансову спроможність системи й загальну організацію медичної діяльності. Сформульовано авторське визначення доступності медичних послуг. Визначено поняття адміністративно-правових інструментів забезпечення доступності медичних послуг, розкрито їх публічно-правову спрямованість, нормативну визначеність, компетенційну обумовленість, процедурну впорядкованість, орієнтацію на права пацієнта та можливість оцінювання практичного результату. Запропоновано багатокритеріальну класифікацію відповідних інструментів за функціональним призначенням, етапом отримання медичної послуги, рівнем застосування, юридичною формою та характером впливу на бар'єри. Виокремлено основні проблеми чинної системи адміністративно-правових інструментів забезпечення доступності медичних послуг в Україні. Як основний результат дослідження запропоновано семиблокову модель адміністративно-правового забезпечення доступності медичних послуг. Обґрунтовано, що ефективність такої моделі повинна визначатися не кількістю прийнятих актів або формально створених закладів, а фактичним результатом, в саме, це можливість пацієнта своєчасно та без необґрунтованих перешкод отримати необхідну медичну послугу.

Ключові слова: медичні послуги, доступність, адміністративно-правові інструменти, публічна адміністрація, права пацієнта, маршрутизація пацієнта, територіальна доступність, адміністративна процедура, безбар'єрність, медичне обслуговування.

The article presents a comprehensive study of administrative and legal instruments for ensuring the accessibility of medical services in Ukraine. It is substantiated that the accessibility of medical services is an independent administrative and legal category, the content of which is not limited to the regulatory consolidation of the right to medical care,

© КРАВЧЕНКО О.В. – кандидат юридичних наук, доцент, асистент кафедри адміністративного права та адміністративної діяльності (Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого) <https://orcid.org/0000-0003-2617-8950>, ResearcherID Web of Science – AAX-2915-2020

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу (CC BY 4.0)



the presence of a health care facility, or the financial coverage of the relevant service. It characterizes the real possibility of a patient to go through the entire organizational and legally defined route: to receive understandable information, choose an appropriate provider, make an appointment or receive a referral, get to the place of service in a timely manner, be admitted to receive a service, continue treatment with another provider, and appeal a decision, action, or inaction that impedes access. The accessibility of medical services is distinguished from their availability, free of charge, quality, effectiveness, digitalization, financial capacity of the system, and the general organization of medical activities. The author's definition of the accessibility of medical services is formulated. The concept of administrative and legal instruments for ensuring the accessibility of medical services is defined, their public-legal orientation, regulatory certainty, competence-based conditionality, procedural orderliness, orientation on patient rights and the possibility of assessing the practical result are revealed. A multi-criteria classification of the relevant instruments is proposed by functional purpose, stage of obtaining medical services, level of application, legal form and nature of impact on barriers. The main problems of the current system of administrative and legal instruments for ensuring the accessibility of medical services in Ukraine are identified. As the main result of the study, a seven-block model of administrative and legal ensuring the accessibility of medical services is proposed. It is substantiated that the effectiveness of such a model should be determined not by the number of adopted acts or formally created institutions, but by the actual result, namely, the patient's ability to receive the necessary medical service in a timely manner and without unreasonable obstacles.

Key words: *medical services, accessibility, administrative and legal instruments, public administration, patient rights, patient routing, territorial accessibility, administrative procedure, barrier-free, medical care.*

Постановка проблеми та її актуальність. Доступність медичних послуг є важливим показником реальної спроможності держави забезпечувати право особи на охорону здоров'я. Формальна наявність закладу, нормативне закріплення права або фінансування послуги ще не гарантують її своєчасного отримання. За результатами проведеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я у квітні 2025 року оцінювання потреб дорослого населення України, серед осіб, які зверталися за медичними послугами, 64% зіткнулися щонайменше з однією перешкодою, 10% не змогли отримати конкретну необхідну послугу, а 6% не одержали жодної з потрібних послуг. Під час звернення за послугами первинного медичного обслуговування про наявність бар'єрів повідомили 59% опитаних, що свідчить про збереження істотного розриву між формальною наявністю медичних послуг та реальною можливістю пацієнта ними скористатися. З адміністративно-правової позиції ця проблема пов'язана з компетенцією суб'єктів публічної адміністрації, формуванням мережі надавачів, організацією процедур, маршрутизацією пацієнтів, строками очікування, безбар'єрністю та поновленням порушеного доступу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Окремі аспекти цієї проблематики досліджували О. А. Музика-Стефанчук, О. О. Отрадна, Т. В. Данченко, Л. А. Музика та В. Г. Савенкова, які розкрили природу публічних адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я; І. В. Патеріло й І. Г. Алексеєнко, які проаналізували адміністративно-правове регулювання медичних послуг у системі публічних послуг; А. Великанов, який зосередився на електронних послугах у сфері охорони здоров'я; Г. А. Миронова, Б. В. Деревянко та О. В. Юрчук, які висвітлили окремі питання правового забезпечення отримання медичних послуг. Теоретичне підґрунтя дослідження інструментів публічного адміністрування становлять також положення сучасної адміністративно-правової доктрини та праця О. В. Фелик. Водночас у науковій літературі доступність медичних послуг переважно розглядається через окремі її складники – фінансування, наявність закладів, цифровізацію або права пацієнтів. Недостатньо дослідженими залишаються її зміст як самостійної адміністративно-правової категорії, система спеціальних інструментів забезпечення, їх класифікація та взаємозв'язок у межах маршруту пацієнта.

Мета статті – визначити адміністративно-правову природу доступності медичних послуг, розкрити поняття, ознаки та класифікацію інструментів її забезпечення, виявити недоліки чинної системи їх застосування й обґрунтувати авторську семиблокову модель, спрямовану на усунення перешкод у своєчасному отриманні пацієнтом необхідної медичної послуги та забезпечення безперервності його маршруту.

Результати дослідження.

1. Доступність медичних послуг як самостійна адміністративно-правова категорія

На нашу думку, вихідною нормативною основою дослідження доступності медичних послуг є стаття 49 Конституції України, відповідно до якої кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [1]. Конституційне положення визначає загальний напрям діяльності держави та покладає на неї позитивні зобов'язання щодо створення умов, необхідних для реалізації цього права. Водночас саме по собі конституційне закріплення права ще не дає відповіді на питання, чи може конкретна особа фактично отримати необхідну їй медичну послугу, у якому закладі вона буде надана, скільки часу триватиме очікування та які дії повинен учинити пацієнт для її отримання. Право в цьому разі утворює нормативну основу, тоді як доступність характеризує практичний стан його реалізації.

Такий підхід потребує послідовного розмежування понять медична допомога і медична послуга. У статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я, послугу з медичного обслуговування населення визначено як медичну послугу, що надається пацієнтові закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом або фізичною особою – підприємцем, яка має відповідну ліцензію, та оплачується її замовником [2]. Замовником може бути держава, орган місцевого самоврядування, юридична чи фізична особа, у тому числі сам пацієнт. Отже, медична послуга має конкретизований характер, вона передбачає визначеного отримувача, належного надавача, певний зміст, організаційну форму та джерело оплати. Саме тому доступність доцільно аналізувати не лише щодо абстрактної можливості отримати медичну допомогу, а стосовно конкретної медичної послуги, якої потребує пацієнт.

Співвідношення цих категорій можна передати так: право на медичну допомогу закріплює юридично визнану можливість особи претендувати на належне медичне обслуговування, медична послуга є конкретним об'єктом реалізації відповідного інтересу, а її доступність показує, наскільки створений державою порядок дозволяє скористатися такою можливістю на практиці. За такого розуміння доступність не конкурує з конституційним правом і не підміняє його. Вона характеризує ступінь його фактичної здійсненності у правовідносинах, що виникають між пацієнтом, надавачем медичних послуг і суб'єктами публічної адміністрації.

З позиції адміністративного права вирішальне значення має те, що можливість отримання медичної послуги значною мірою залежить від публічно-владних та організаційних рішень. Йдеться про формування мережі надавачів, визначення вимог до них, організацію маршрутів пацієнтів, установлення правил звернення і направлення, забезпечення інформування населення, координацію між закладами, розгляд звернень та поновлення порушеного доступу. Тому доступність не можна вважати винятково медичною, соціальною чи економічною характеристикою. Вона формується також у площині адміністративно-правового регулювання, оскільки залежить від компетенції публічної адміністрації, змісту прийнятих нею актів, якості адміністративних процедур та узгодженості управлінських дій.

Отримання медичної послуги майже ніколи не зводиться до одиначного звернення особи до лікаря. Йому передують і його супроводжує послідовність юридично та організаційно значущих дій: пацієнт повинен отримати зрозумілу інформацію про послугу; визначити належного надавача; записатися на прийом або одержати направлення; дістатися до місця надання послуги; бути допущеним до медичного обслуговування; отримати послугу у прийнятний строк; за необхідності продовжити лікування або перейти до іншого надавача; мати можливість оскаржити відмову, затримку чи бездіяльність. Якщо хоча б на одному із цих етапів виникає непереборна або необґрунтована перешкода, формально гарантована медична послуга фактично стає недоступною. Вказана послідовність дозволяє розглядати доступність як характеристику всього маршруту пацієнта, а не лише моменту безпосереднього проведення медичного втручання.

Практична відмінність між нормативною гарантією і реальною доступністю підтверджується емпіричними показниками. За результатами проведеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я у квітні 2024 року оцінювання потреб дорослого населення України, 93% опитаних домогосподарств знали місцезнаходження свого закладу первинної медичної допомоги, проте 8% повідомили про відсутність доступу до такого закладу. Медіанний час прибуття до нього становив 15 хвилин, однак у сільській місцевості 20% респондентів потребували понад 30 хвилин, тоді як в обласних центрах таких було 10%, а в інших містах – 8%. Отже, сам факт існування та функціонування закладу ще не свідчить про однакову територіальну доступність його послуг для різних груп населення [3, с. 10–11].

За результатами проведеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я у квітні 2025 року оцінювання потреб дорослого населення України, серед осіб, які зверталися за медичними послугами, 64% зіткнулися щонайменше з однією перешкодою, 10% не змогли отримати конкретну необхідну послугу, а 6% не одержали жодної з потрібних послуг. Під час звернення за послугами первинного медичного обслуговування про наявність бар'єрів повідомили 59% опитаних, що свідчить про збереження істотного розриву між формальною наявністю медичних послуг та реальною можливістю пацієнта ними скористатися [4, с. 7].

Ще виразніше це простежується під час оцінювання фактичного отримання послуг. Серед домогосподарств, які зверталися по первинну медичну допомогу протягом трьох місяців перед опитуванням, 63% повідомили щонайменше про одну перешкоду. Сім відсотків не змогли отримати необхідні їм послуги, а 4% не одержали жодної з потрібних послуг первинної допомоги. Основними бар'єрами називалися відмова в наданні, відсутність потрібної послуги та час, необхідний для її отримання. Наведені дані показують, що доступність повинна оцінюватися не кількістю формально зареєстрованих закладів чи нормативно передбачених послуг, а часткою осіб, які змогли пройти передбачений маршрут і фактично одержати необхідний результат медичного обслуговування [3, с. 18].

Крім того, важливо відмежовувати доступність медичних послуг від близьких та синонімічно схожих понять. Насамперед від їх наявності, яка означає, що певна послуга нормативно передбачена та фактично може надаватися відповідним закладом або фахівцем. Доступність характеризує інше – реальну можливість конкретного пацієнта скористатися такою послугою без необґрунтованих перешкод [5, с. 263]. Подібне розмежування закладено й у Загальному коментарі № 14 Комітету ООН з економічних, соціальних і культурних прав, у якому наявність пов'язується з достатньою кількістю функціонуючих закладів і послуг, а доступність – із можливістю користуватися ними без дискримінації, з урахуванням їх фізичної, економічної та інформаційної досяжності [6].

Не можна ототожнювати доступність і з безоплатністю або фінансовою спроможністю системи охорони здоров'я. Безоплатність визначає джерело оплати медичної послуги, а фінансова спроможність – ресурсні можливості системи щодо її організації та надання. Натомість доступність відображає становище пацієнта у процесі отримання конкретної послуги. Навіть оплачена з публічних коштів медична послуга може залишатися недоступною через територіальну віддаленість, відсутність фахівця, складну процедуру направлення або надмірний строк очікування. Так само достатнє фінансування саме по собі не гарантує рівного доступу, якщо ресурси розміщені без урахування реальних потреб населення [7, с. 218].

Взаємопов'язаними, але не тотожними є також доступність, якість і результативність медичної послуги. Доступність показує, чи може особа своєчасно отримати необхідну послугу, якість характеризує її відповідність професійним вимогам, безпечність і належність, а результативність відображає наслідки її надання для здоров'я пацієнта. Високоякісна послуга може бути фактично недоступною через віддаленість закладу або тривале очікування, тоді як швидке потрапляння до надавача ще не свідчить про належну якість чи гарантований результат лікування. Отже, доступність є необхідною передумовою отримання послуги, проте не визначає автоматично її якість і кінцеву медичну результативність.

Доступність не слід ототожнювати і з цифровізацією медичних послуг. Електронний запис, електронне направлення та дистанційна комунікація здатні полегшити маршрут пацієнта, однак вони є лише окремими інструментами доступу. За відсутності технічних засобів, зв'язку, цифрових навичок або альтернативної неелектронної процедури такі рішення можуть, навпаки, створювати додаткові бар'єри [8, с. 140].

Нарешті, доступність є вузкою категорією порівняно із загальною організацією медичної діяльності, яка охоплює управлінські, кадрові, матеріально-технічні, інформаційні та фінансові процеси. Доступність дозволяє оцінити ці процеси саме з позиції пацієнта та з'ясувати, чи забезпечують вони реальне отримання конкретної медичної послуги. Тому в адміністративному праві вона має виступати самостійним критерієм оцінювання рішень щодо мережі надавачів, режиму їх роботи, маршрутизації пацієнтів і взаємодії між закладами. Зосередження саме на медичній послугі дає змогу перейти від загального проголошення права на медичну допомогу до аналізу конкретних адміністративних процедур, компетенції уповноважених суб'єктів та юридичних наслідків незабезпечення фактичного доступу [9, с. 55, 56, 65].

Виходячи з наведеного, доступність медичних послуг пропонуємо розглядати як самостійну адміністративно-правову категорію, що характеризує не абстрактне проголошення права, а створений державою та іншими уповноваженими суб'єктами порядок його практичної

реалізації. Її зміст має визначатися через реальну, а не формальну можливість пацієнта скористатися необхідною послугою. Важливими є не лише нормативна наявність послуги та існування надавача, а й відсутність необґрунтованих перешкод на всіх етапах руху пацієнта.

З огляду на це доступність медичних послуг пропонуємо визначити як гарантовану нормами права та забезпечену узгодженою діяльністю суб'єктів публічної адміністрації і надавачів медичних послуг реальну можливість пацієнта своєчасно, без дискримінації та необґрунтованих юридичних, територіальних, організаційно-процедурних, часових, фізичних і комунікаційних перешкод отримати необхідну медичну послугу, а за неможливості її надання конкретним надавачем – бути своєчасно направленим до іншого належного надавача із забезпеченням безперервності маршруту та можливості ефективного оскарження рішень, дій чи бездіяльності, що обмежують такий доступ.

2. Поняття та ознаки адміністративно-правових інструментів забезпечення доступності медичних послуг

У свою чергу, категорія адміністративно-правовий інструмент дає змогу перейти від загальної характеристики адміністративно-правового забезпечення до встановлення конкретних засобів, за допомогою яких уповноважений суб'єкт впливає на суспільні відносини та досягає передбаченого правом результату. У сучасній адміністративно-правовій доктрині інструмент публічного адміністрування розглядається як зовнішній прояв однорідних за характером і правовою природою адміністративних дій, що здійснюються в межах законодавчо визначеної компетенції. Отже, інструмент має не абстрактне, а прикладне призначення, він пов'язує повноваження суб'єкта, юридичну форму його реалізації та конкретний результат, якого необхідно досягти [10, с. 203–206].

Водночас адміністративно-правовий інструмент не слід отожденовати із суміжними категоріями. Зокрема: 1) адміністративно-правовий механізм є ширшим утворенням, оскільки охоплює норми права, суб'єктів, правовідносини, процедури та гарантії їх реалізації; 2) метод публічного адміністрування характеризує спосіб владного чи організаційного впливу; 3) форма показує зовнішнє вираження відповідної діяльності; 4) правова гарантія забезпечує охорону та поновлення можливості реалізувати право; 5) управлінський захід становить окрему дію організаційного або правозастосовного характеру. Натомість інструмент конкретизує, за допомогою якого юридично допустимого засобу та в якій послідовності компетентний суб'єкт має забезпечити потрібний публічний результат.

У сфері медичних послуг зміст цієї категорії визначається особливостями об'єкта адміністративно-правового впливу. Відповідно до уже вище згаданої статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я медична послуга надається конкретному пацієнтові належним надавачем та оплачується її замовником [2]. Тому адміністративно-правовий інструмент забезпечення її доступності має бути спрямований не просто на впорядкування діяльності закладів, а на усунення конкретної перешкоди в маршруті пацієнта. Таким інструментом можуть бути нормативне визначення порядку звернення, адміністративний акт, процедура направлення або перенаправлення, план територіального обслуговування, координаційне рішення, доступне інформування чи організаційна дія щодо відновлення перерваного маршруту. Їх об'єднує те, що застосування кожного повинно завершуватися фактичним розширенням або поновленням можливості отримати необхідну медичну послугу.

З огляду на це адміністративно-правові інструменти забезпечення доступності медичних послуг пропонуємо визначити, як закріплені нормами адміністративного права юридичні, процедурні та організаційно-управлінські засоби, що застосовуються суб'єктами публічної адміністрації, а також надавачами медичних послуг у межах покладених на них публічно значущих обов'язків, для виявлення, попередження, усунення або компенсації юридичних, територіальних, організаційних, часових, фізичних і комунікаційних перешкод для своєчасного отримання пацієнтом необхідної медичної послуги. Таке визначення охоплює не лише прийняття владного рішення, а й планування, координацію, виконання, необхідних процедурних дій та фактичне поновлення порушеного доступу.

До основних ознак зазначених інструментів належать: 1) публічно-правова спрямованість – їх застосування має забезпечувати суспільно значущий результат у вигляді реального доступу пацієнта до медичної послуги; 2) нормативна визначеність – підстави, межі та порядок їх використання встановлюються законодавством; 3) компетенційна обумовленість – інструмент застосовується лише суб'єктом, наділеним відповідними повноваженнями або обов'язками; 4) цільова спрямованість на усунення бар'єрів – його застосування повинно бути пов'язане з конкретною перешкодою в отриманні послуги; 5) процедурна впорядкованість – дії мають здійснюватися у визначеній

послідовності, у розумний строк та з дотриманням принципу пропорційності; 6) зв'язок із реалізацією прав пацієнта – інструмент повинен сприяти практичному, а не формальному здійсненню відповідного права; 7) можливість оцінювання результату – ефективність визначається тим, чи було забезпечено, продовжено або поновлено доступ до послуги; 8) поєднання загальних і спеціальних засобів – поряд із загальними правилами можуть застосовуватися адаптаційні заходи відповідно до потреб окремої особи; 9) багаторівневість застосування – інструменти використовуються на державному, регіональному, місцевому рівнях та на рівні конкретного надавача; 10) фінансова гарантованість – реалізація відповідного інструменту має спиратися на нормативно визначені джерела, обсяги та порядок фінансування, достатні для фактичного надання медичної послуги, здійснення перенаправлення, організації виїзного обслуговування, розумного пристосування чи інших заходів, необхідних для усунення бар'єрів, без необґрунтованого перекладення витрат на пацієнта; 11) превентивний, оперативно-організаційний, компенсаційний або відновлювальний характер – інструменти можуть запобігати виникненню перешкод, усувати їх у процесі отримання послуги, створювати доступний альтернативний маршрут або поновлювати вже порушений доступ.

3. Авторська класифікація адміністративно-правових інструментів забезпечення доступності медичних послуг в Україні

Що стосується питання класифікації адміністративно-правових інструментів забезпечення доступності медичних послуг, та нашу думку, то у сучасній адміністративно-правовій науці інструменти публічного адміністрування не утворюють раз і назавжди встановленого переліку. Їх система змінюється залежно від особливостей сфери регулювання, мети адміністративної діяльності та характеру прав приватної особи, реалізацію яких необхідно забезпечити. Тому класифікація адміністративно-правових інструментів доступності медичних послуг не може обмежуватися традиційним поділом на нормативно-правові та індивідуальні адміністративні акти. У досліджуваній сфері важливими є також плани, адміністративні процедури, координаційні рішення, організаційні регламенти, маршрути пацієнтів, фактичні дії та засоби поновлення порушеного доступу [11, с. 48–49].

На нашу думку, найбільш повно природа зазначених інструментів розкривається через їх одночасне групування за п'ятьма критеріями: функціональним призначенням, етапом отримання медичної послуги, рівнем застосування, юридичною формою та характером впливу на бар'єри доступності. Запропоновані критерії не виключають один одного. Навпаки, той самий інструмент може належати до кількох класифікаційних груп, оскільки кожна з них відображає окрему його властивість.

1. Класифікація за функціональним призначенням – де функціональний критерій дає змогу встановити, яке безпосереднє завдання виконує відповідний інструмент у процесі забезпечення доступності медичної послуги. За цим критерієм пропонуємо виокремити такі взаємопов'язані групи:

1) Нормативно-програмні інструменти – до них належать нормативно-правові акти, державні та місцеві програми, стратегії, плани розвитку й інші документи, що визначають загальні правила організації доступу до медичних послуг, компетенцію відповідальних суб'єктів, цільові показники та послідовність управлінських дій. Їх значення полягає у створенні правової основи, без якої окремі організаційні рішення набувають фрагментарного характеру.

2) Територіально-мережеві інструменти – їх призначенням є наближення надавачів до населення та раціональне територіальне розміщення медичних послуг. Вони охоплюють визначення госпітальних округів і кластерів, формування спроможної мережі закладів, планування їх створення, реорганізації чи перепрофілювання, організацію виїзних форм обслуговування та встановлення територіальних маршрутів. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174 передбачає розроблення планів розвитку госпітальних округів, оцінювання кадрових потреб, визначення спроможної мережі та механізмів моніторингу [12].

3) Інституційно-координаційні інструменти – вони забезпечують узгодженість дій Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування та надавачів медичних послуг. До них можна віднести погодження планів розвитку госпітальних округів, міжвідомчий обмін інформацією, координаційні наради, спільні рішення, визначення відповідальних осіб і порядок взаємодії між надавачами.

4) Адміністративно-процедурні інструменти – до цієї групи належать юридично визначені порядки звернення, розгляду заяв і скарг, повідомлення особи, мотивування рішень та вчинення інших процедурних дій, від яких залежить реалізація права на медичну послугу. Їх функція

полягає у тому, щоб взаємодія пацієнта з уповноваженим суб'єктом була зрозумілою, своєчасною та передбачуваною.

5) Маршрутизаційні інструменти – регулюють рух пацієнта між надавачами медичних послуг і охоплюють визначення належного закладу, направлення, перенаправлення, передачу необхідної організаційної інформації та продовження отримання послуг на іншому рівні медичного обслуговування. На відміну від адміністративно-процедурних інструментів, які впорядковують порядок прийняття рішення, маршрутизаційні засоби безпосередньо визначають подальший шлях пацієнта.

6) Часові інструменти – цю групу становлять правила запису, графіки прийому, порядок формування черг, строки повідомлення, критерії пріоритетності та механізми перенаправлення у разі надмірного очікування. Їх виокремлення зумовлене тим, що медична послуга може бути юридично гарантованою, територіально наближеною та фінансово забезпеченою, але залишатися фактично недоступною через невизначений або неприйнятний строк її отримання.

7) Безбар'єрні та адаптаційні інструменти – спрямовані на усунення фізичних, інформаційних і комунікаційних перешкод, а також на пристосування загального порядку отримання медичної послуги до об'єктивних потреб конкретної особи. До них належать забезпечення доступності приміщень, організація супроводу, надання інформації у зрозумілій формі, застосування альтернативних способів комунікації та розумне пристосування. Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року виходить із багатовимірного розуміння бар'єрів і передбачає не лише фізичну, а й інформаційну, цифрову, суспільну, освітню та економічну безбар'єрність [13].

8) Гарантійно-відновлювальні інструменти – їх застосування пов'язане з випадками, коли доступ до медичної послуги вже обмежено або порушено. Вони охоплюють вимогу мотивувати відмову, адміністративне оскарження, повторний розгляд питання, поновлення в черзі, визначення альтернативного надавача та вчинення конкретної дії, необхідної для продовження маршруту пацієнта. Особливістю цієї групи є спрямованість не лише на встановлення факту порушення, а на фактичне поновлення можливості отримати послугу.

9) Оцінювально-моніторингові інструменти – до них належать збір і систематизація відомостей про територіальне охоплення населення, строки очікування, випадки відмов, переривання маршруту, фізичні бар'єри та результати розгляду звернень. Їх не слід отождествлювати з оцінюванням якості медичної послуги або державним контролем за діяльністю надавача. У цьому дослідженні вони мають вужче призначення, а саме встановити, чи може пацієнт фактично отримати необхідну послугу.

10) Інформаційно-дорадчі інструменти – забезпечують пацієнта повною, актуальною та зрозумілою інформацією про доступні медичні послуги, порядок їх отримання, надавачів, правила запису, строки очікування, альтернативні маршрути та способи оскарження. До них належать офіційні інформаційні ресурси, контакт-центри, електронні сервіси, письмові й усні роз'яснення та індивідуальне консультування. Їх призначення полягає у зменшенні інформаційної невизначеності та сприянні усвідомленому вибору належного способу отримання медичної послуги.

2. Класифікація за етапом отримання медичної послуги – потреби пацієнта доцільно виділити інструменти, що застосовуються: 1) під час планування медичного обслуговування – формування мережі, визначення потреб населення, затвердження планів; 2) перед зверненням особи – інформування про перелік послуг, надавачів і порядок звернення; 3) під час запису або направлення – реєстрація звернення, вибір надавача, оформлення маршруту; 4) на етапі очікування – ведення черги, визначення пріоритетності, повідомлення про строки; 5) під час допуску до послуги – перевірка необхідних умов без створення зайвих процедурних перешкод; 6) у процесі переходу між надавачами – перенаправлення та забезпечення безперервності маршруту; 7) після відмови, затримки або припинення обслуговування – оскарження, повторний розгляд і поновлення доступу. Така класифікація дозволяє встановити не лише вид бар'єру, а й конкретний момент, у якому він виник, що має значення для визначення відповідального суб'єкта та належного способу реагування.

3. Класифікація за рівнем застосування – пропонуємо розрізняти інструменти: 1) загальнодержавного рівня, на якому визначаються законодавчі гарантії, загальні процедури та державні пріоритети; 2) регіонального рівня, де здійснюється планування спроможної мережі й координація між територіальними громадами; 3) рівня територіальної громади, пов'язаного з управлінням комунальними закладами, місцевими програмами та організацією територіального доступу; 4) рівня госпітального округу або кластера, на якому узгоджується розміщення надавачів

і комплексність стаціонарних послуг; 5) рівня конкретного надавача, де безпосередньо організуються запис, прийом, черговість, комунікація та перенаправлення пацієнтів.

4. Класифікація за юридичною формою – доцільно розрізняти: 1) нормативно-правові акти, що встановлюють загальні правила; 2) адміністративні акти індивідуального характеру, прийняті компетентним адміністративним органом у конкретній справі; 3) адміністративні процедури; 4) плани та програми; 5) координаційні рішення; 6) організаційні регламенти; 7) графіки та правила черговості; 8) спеціальні заходи впливу; 9) процедури адміністративного оскарження. Запропонований перелік поєднує юридичні та організаційні форми, оскільки доступність медичної послуги залежить не лише від прийняття акта, а й від його практичного виконання.

5. Класифікація за характером впливу на перешкоди (бар'єри) доступності – пропонуємо виділяти: 1) превентивні інструменти, спрямовані на недопущення виникнення бар'єрів, зокрема планування мережі та попереднє оцінювання потреб населення; 2) оперативно-організаційні, які забезпечують поточне отримання послуги (запис, інформування, визначення черговості та координацію прийому); 3) компенсаційні, що створюють інший реальний спосіб отримання послуги, наприклад перенаправлення, виїзне обслуговування або застосування розумного пристосування; 4) відновлювальні, які використовуються після порушення доступу та спрямовуються на поновлення особи в черзі, повторний розгляд питання чи організацію прийому в іншого надавача. Відмінність компенсаційних інструментів від відновлювальних полягає в тому, що перші замінюють недоступний спосіб отримання послуги доступною альтернативою, тоді як другі усувають наслідки вже прийнятого рішення, вчиненої дії або допущеної бездіяльності.

Запропонована класифікація має матричний характер. Наприклад, план розвитку госпітального округу одночасно є нормативно-програмним і територіально-мережевим інструментом, застосовується на стадії планування, формується на регіональному рівні, має форму акта-плану та справляє переважно превентивний вплив. Натомість перенаправлення пацієнта до іншого надавача є маршрутизаційним інструментом, застосовується під час переходу між надавачами, реалізується на рівні конкретного закладу та має компенсаційний характер. Саме багатокритеріальний підхід дозволяє уникнути формального переліку засобів і визначити місце кожного з них у цілісному процесі забезпечення доступності медичної послуги. Отже, адміністративно-правові інструменти доступності медичних послуг становлять не механічну сукупність нормативних і організаційних рішень, а функціонально пов'язану систему. Її результативність залежить від того, наскільки своєчасно обраний інструмент відповідає конкретній перешкоді, етапу маршруту пацієнта, компетенції суб'єкта та очікуваному способу поновлення доступу.

4. Основні проблеми системи адміністративно-правових інструментів забезпечення доступності медичних послуг в Україні

Проведений аналіз свідчить, що в Україні сформовано значний масив нормативних, організаційних і процедурних засобів та інструментів, які прямо або опосередковано впливають на доступність медичних послуг. Проте їх наявність ще не означає системності їх застосування. Основна проблема полягає у тому, що кожний інструмент переважно регулює окремий елемент доступу, тоді як маршрут пацієнта потребує узгодженого правового супроводу від моменту виникнення потреби у медичній послугі до її фактичного отримання або поновлення порушеного доступу. За результатами дослідження доцільно систематизувати виокремити такі основні проблеми:

1. Відсутність законодавчого визначення доступності медичних послуг. Конституція України та Основи законодавства України про охорону здоров'я закріплюють доступність медичного обслуговування, однак не визначають зміст доступності саме медичних послуг. Юридичний, територіальний, організаційний, часовий, фізичний і комунікаційний аспекти врегульовуються окремо, що ускладнює визначення відповідального суб'єкта, належної процедури та критеріїв оцінювання результату.

2. Зведення доступності переважно до фінансового покриття або наявності закладу. Включення медичної послуги до програми медичних гарантій та наявність надавача на певній території ще не свідчать, що пацієнт може своєчасно її отримати. Фактичний доступ залежить також від кадрової спроможності закладу, режиму його роботи, транспортного сполучення, завантаженості та зрозумілості маршруту.

3. Недостатня визначеність критеріїв територіальної доступності. Порядок організації спроможної мережі передбачає врахування потреб населення, транспортної доступності, кадрового забезпечення та маршрутів пацієнтів. Проте для більшості медичних послуг не встановлено

чітких загальних нормативів допустимої відстані або часу доїзду. Відсутня також окрема обов'язкова процедура оцінювання впливу реорганізації чи перепрофілювання закладу на доступ населення до конкретних медичних послуг.

4. Неповна врегульованість альтернативного направлення. Порядок направлення пацієнтів зобов'язує надавача повідомити про можливість надати послугу та погодити дату прийому. Водночас у разі відсутності такої можливості не встановлено загального обов'язку визначити іншого доступного надавача, узгодити з ним прийом і забезпечити безперервність маршруту. Унаслідок цього пошук альтернативного закладу та повторне проходження організаційних процедур значною мірою покладаються на самого пацієнта.

5. Відсутність уніфікованих правил очікування. Законодавство передбачає організацію електронної черги та повідомлення орієнтовного строку, якщо медична послуга не може бути надана раніше ніж через один місяць. Однак не визначено загальних граничних строків очікування для основних груп планових послуг і правових наслідків їх перевищення. Не встановлено й обов'язкового перенаправлення до іншого надавача, якщо очікування позбавляє послугу практичної доступності.

6. Формальний підхід до фізичної та комунікаційної безбар'єрності. Національна стратегія безбар'єрності [13] та методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я України [14], передбачають усунення фізичних, інформаційних і комунікаційних перешкод. Проте значна частина відповідних положень має програмний або рекомендаційний характер. На практиці безбар'єрність нерідко зводиться до доступності входу, хоча пацієнтові необхідно також безперешкодно пройти внутрішній маршрут, отримати зрозумілу інформацію, скористатися супроводом або альтернативним способом комунікації.

7. Відсутність єдиної державної системи оцінювання фактичної доступності. Чинні механізми моніторингу стосуються виконання договорів, розвитку госпітальних округів або безбар'єрності, проте не формують спільної системи показників. Не узагальнюються належним чином відстань до надавача, строки очікування, кількість відмов, випадки перенаправлення, переривання маршрутів та результати поновлення доступу. Звернення пацієнтів також переважно розглядаються як окремі випадки, а не як джерело інформації для перегляду графіків, маршрутів і процедур.

Отже, ключовою проблемою є не відсутність окремих адміністративно-правових інструментів, а їх фрагментарність і недостатня узгодженість. Мережа надавачів, фінансове забезпечення, направлення, черги, безбар'єрність і моніторинг мають бути поєднані в єдиний маршрут, у межах якого кожній перешкоді відповідатимуть компетентний суб'єкт, визначена процедура, строк реагування, доступна альтернатива та конкретний результат, а саме, це фактичне отримання пацієнтом необхідної медичної послуги.

5. Авторська модель адміністративно-правових інструментів забезпечення доступності медичних послуг

За результатами проведеного дослідження пропонуємо семиблокову модель адміністративно-правових інструментів забезпечення доступності медичних послуг. Її призначення полягає не у механічному об'єднанні наявних нормативних та організаційних засобів, а у формуванні послідовного маршруту, в межах якого кожному виду перешкод відповідають компетентний суб'єкт, належний інструмент, визначений порядок дій і конкретний результат. На відміну від класифікації, яка розподіляє інструменти за їх властивостями, запропонована модель відображає функціональний зв'язок між ними та орієнтує діяльність публічної адміністрації на фактичне отримання пацієнтом необхідної медичної послуги.

Перший блок – нормативно-програмний. Він передбачає законодавче визначення доступності медичних послуг, закріплення її основних критеріїв, державне й територіальне планування, а також попереднє оцінювання впливу управлінських рішень на доступ населення. Зокрема, створення, реорганізація, перепрофілювання або припинення діяльності закладу мають оцінюватися не лише з позиції економічної доцільності, а й за зміною відстані до надавача, часу доїзду, навантаження на інші заклади та наявності реальної альтернативи для пацієнтів. Чинний порядок функціонування госпітальних округів уже передбачає плани їх розвитку, формування спроможної мережі та моніторинг, однак оцінювання впливу окремого рішення на доступність доцільно оформити як самостійний адміністративно-правовий інструмент.

Другий блок – територіально-мережевий. Його зміст становлять формування спроможної мережі надавачів, визначення територіальних маршрутів, розвиток виїзних форм обслуговування та компенсація надмірної віддаленості. У межах цього блоку необхідно виявляти території

недостатнього охоплення, де формальна наявність закладу не забезпечує своєчасного доступу до конкретної медичної послуги. Саме тому мережа має оцінюватися не за кількістю закладів, а за видами фактично доступних послуг, часом доїзду, кадровою спроможністю та можливістю забезпечити подальший маршрут пацієнта.

Третій блок – інституційно-координаційний. Він охоплює чітке розмежування компетенцій між Міністерством охорони здоров'я України, Національною службою здоров'я України, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та надавачами медичних послуг. Доцільним є визначення на регіональному рівні відповідального координатора доступності, який узагальнюватиме інформацію про територіальні та організаційні прогалини, забезпечуватиме взаємодію між надавачами й ініціюватиме коригування маршрутів. Координація у цьому разі має завершуватися не проведенням наради або обміном інформацією, а усуненням конкретної перешкоди для пацієнта.

Четвертий блок – процедурно-регламентний. Він поєднує порядок звернення, запису, вибору надавача, направлення, перенаправлення та переходу між закладами. Основним правилом цього блоку має стати безперервність маршруту, відповідно до регламентації етапів надання медичних послуг. Якщо обраний надавач не може надати послугу, пацієнтові повинно бути не лише повідомлено про таку неможливість, а й запропоновано іншу доступну організаційну альтернативу. Це зменшить надмірне навігаційне навантаження на особу та відповідатиме принципам своєчасності, ефективності, обґрунтованості й належного адміністрування в зазначеній сфері.

П'ятий блок – часовий. Він має охоплювати прозорі правила формування черг, критерії пріоритетності, строки очікування, повідомлення про затримку та обов'язкове альтернативне направлення у разі перевищення прийнятного строку. Час очікування слід розглядати як самостійний показник доступності, оскільки формально гарантована послуга втрачає практичне значення, якщо надається із затримкою, несумісною зі станом пацієнта або метою звернення.

Шостий блок – безбар'єрно-адаптаційний. Він передбачає фізичну доступність закладів, розумне пристосування, супровід, зрозуміле інформування та альтернативні способи комунікації. Безбар'єрність має оцінюватися за всім маршрутом пацієнта, від отримання інформації та прибуття до закладу до пересування між його підрозділами й безпосереднього одержання послуги. Загальні умови необхідно доповнювати індивідуальними заходами для осіб, які через стан здоров'я, вік, порушення мобільності, зору, слуху чи комунікації потребують спеціальної організації прийому.

Сьомий блок – гарантійно-відновлювальний. Він включає заборону необґрунтованої відмови, обов'язок мотивувати рішення, доступну процедуру адміністративного оскарження та конкретні способи поновлення доступу (здійснення запису, поновлення у черзі, визначення іншого надавача, організація супроводу або усунення комунікаційної перешкоди). Результативність цього блоку повинна оцінюватися не кількістю наданих відповідей на звернення, а часткою випадків, у яких пацієнт фактично отримав необхідну послугу.

Таким чином, семиблокова модель ґрунтується на послідовності: 1) нормативне визначення; 2) територіальна організація; 3) координація суб'єктів; 4) проходження процедури; 5) дотримання строку; 6) усунення індивідуальних бар'єрів; 7) поновлення порушеного доступу. Її ефективність має визначатися за кінцевим показником – чи зміг пацієнт без необґрунтованих перешкод і в прийнятний строк отримати конкретну медичну послугу. Саме таке поєднання блоків перетворює розрізнені адміністративно-правові засоби на цілісну, людиноцентричну та результативну систему забезпечення доступності медичних послуг.

Висновки. Проведене дослідження дає підстави визначити доступність медичних послуг як самостійну адміністративно-правову категорію, що характеризує реальну можливість пацієнта своєчасно й без необґрунтованих юридичних, територіальних, організаційних, часових, фізичних і комунікаційних перешкод отримати необхідну послугу та, за потреби, продовжити маршрут в іншого надавача. Адміністративно-правові інструменти її забезпечення становлять систему нормативних, процедурних та організаційно-управлінських засобів, спрямованих на попередження, усунення й компенсацію відповідних бар'єрів. Їх доцільно класифікувати за функціональним призначенням, етапом отримання послуги, рівнем застосування, юридичною формою та характером впливу. Водночас чинне регулювання залишається фрагментарним, недостатньо визначає критерії територіальної доступності, альтернативне направлення, строки очікування, вимоги безбар'єрності та показники фактичного доступу. Усунення цих недоліків потребує впровадження семиблокової моделі, яка поєднує нормативно-програмні, територіально-мережіві, інституційно-координаційні, процедурно-регламентні, часові, безбар'єрно-адаптаційні та

гарантійно-відновлювальні засоби, а її ефективність має визначатися реальною здатністю пацієнта отримати конкретну медичну послугу у прийнятний строк, за зрозумілою процедурою та з дієвим захистом у разі порушення доступу.

Список використаних джерел:

1. Конституція України : від 28.06.1996 № 254к/96-ВР : станом на 1 січ. 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text>
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ : станом на 11 лют. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
3. World Health Organization. Health Needs Assessment of the Adult Population in Ukraine: Survey Report, April 2024. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024. 52 p. URL: <https://www.ecoi.net/en/file/local/2121676/WHO-EURO-2024-6904-46670-75558-eng.pdf>
4. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health Needs Assessment of the Adult Population in Ukraine: Survey Report, April 2025. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2025. 50 p. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/db496ed9-2745-4720-890d-f24c34c07fb/content>
5. Музика-Стефанчук О. А., Отрадна О. О., Данченко Т. В., Музика Л. А., Савенкова В. Г. Публічні адміністративні послуги у сфері охорони здоров'я. *Запорізький медичний журнал*. 2020. Т. 22, № 2 (119). С. 261–266. DOI: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2020.2.200634>. URL: <https://zmj.zsmu.edu.ua/article/view/200634/201035>
6. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). E/C.12/2000/4. 2000. URL: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>
7. Патерило І. В., Алексєнко І. Г. Адміністративно-правове регулювання медичних послуг у системі публічних послуг: теоретико-правовий аналіз. *Аналітично-порівняльне правознавство*. 2026. № 2, ч. 2. С. 215–220. DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2026.02.2.34>. URL: <https://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/357638/343575>
8. Великанов А. Зміст публічних електронних послуг у сфері охорони здоров'я. *Підприємництво, господарство і право*. 2020. № 12. С. 137–142. DOI: <https://doi.org/10.32849/2663-5313/2020.12.23>. URL: <https://pgp-journal.kiev.ua/archive/2020/12/24.pdf>
9. Миронова Г. А., Деревянко Б. В., Юрчук О. В. Правове забезпечення медичного туризму в Україні в умовах глобальних викликів : монографія. Київ : НДІ приватного права і підприємства імені академіка Ф. Г. Бурчака НАПрН України, 2024. 232 с. URL: https://repository.ndipp.gov.ua/bitstream/handle/765432198/1009/2024%20%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D1%96%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4.%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%BC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Адміністративне право України. Повний курс : підручник / за ред. В. Галуцька, О. Правоторової. 4-те вид. Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2021. 656 с. URL: https://fpk.in.ua/images/biblioteka/2bas_pravo/Halunko.P.Administratyvne-pravo-Ukrayiny.-2021.pdf
11. Фелик О. В. Сутність інструментів публічного адміністрування в Україні. *Право і суспільство*. 2024. № 4. С. 44–50. DOI: <https://doi.org/10.32842/2078-3736/2024.4.7>. URL: https://pravoisusilstvo.org.ua/archive/2024/4_2024/9.pdf
12. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова Каб. Міністрів України від 28.02.2023 № 174 : станом на 15 листоп. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-п#Text>
13. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року : Розпорядж. Каб. Міністрів України від 14.04.2021 № 366-р : станом на 6 січ. 2026 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-р#Text>
14. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо запровадження принципів безбар'єрності під час надання медичних та реабілітаційних послуг в закладах охорони здоров'я : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 лютого 2024 р. № 198. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v0198282-24>

Дата першого надходження статті до видання: 06.02.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 03.03.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 20.03.2026