

Аналітична записка
з питань порівняльного законодавства щодо правового регулювання
професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я
в Канаді, Латвії, Польщі, США*

Анотація. Досліджено моделі правового регулювання професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я в Канаді, Латвії, Польщі, США. Акцентовано увагу на діяльності інституцій професійного самоврядування лікарів та інших фахівців у сфері охорони здоров'я. Проаналізовано проблемні питання, які існують в державах щодо запровадження професійного медичного самоврядування. У дослідженні висвітлено рекомендації науковців і фахівців у сфері охорони здоров'я, у тому числі зарубіжних країн.

В аналітичній записці не надається порівняльний аналіз із національним законодавством. Автором звернення визначена потреба зарубіжного досвіду щодо правового регулювання професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я в зазначених країнах.

Вступ. Збереження, охорона та зміцнення здоров'я громадян є одним із ключових пріоритетів держави, реалізація якого покладена на систему охорони здоров'я. Запровадження лікарського самоврядування є важливою складовою побудови ефективної і стабільної системи охорони здоров'я, спрямованої на забезпечення професійних прав і професійної відповідальності лікарів та інших фахівців у сфері охорони здоров'я, створення умов для належної лікарської практики й захисту прав пацієнтів на безпечну та високоякісну медичну допомогу¹.

На важливості впровадження професійної автономії і самоврядування медичної професії в усьому світі наголошено в Мадридській декларації, прийнятій Всесвітньою медичною асамблеєю у 1987 році. Пунктом третім декларації передбачено, що в межах права на професійну автономію медична професія має бути самокерованою. На додаток до будь-яких інших органів управління, що можуть стосуватися діяльності окремих лікарів, медична професія також повинна нести відповідальність за контроль над професійною поведінкою та діяльністю окремих лікарів². Окрім того, сформульовані в декларації основні принципи лікарського самоврядування спрямовано на якнайширше та якісне задоволення потреб пацієнтів і захист прав медичних працівників.

Усталеною практикою багатьох держав є створення умов для функціонування професійного лікарського самоврядування, яке існує в різних формах залежно від національних особливостей і традицій. Нині майже в усіх

¹ Мусій О.С. Необхідність лікарського самоврядування в Україні. URL: <https://umv.com.ua/neobxidnist-likarskogo-samovryaduvannya-v-ukraini/>

² Мадридська декларація відносно професійної автономії лікарів і самоуправління. Прийнята 39-ю всесвітньою медичною асамблеєю, Мадрид, Іспанія, 1987 р. URL: https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/Madrid_1987.pdf

розвинених державах світу основне місце в організації лікарської діяльності традиційно посідають національні самоврядні інституції (товариства, асоціації, лікарські палати, колегіуми лікарів тощо), які несуть юридичну й моральну відповідальність перед державою і суспільством за якість медичної допомоги, професійну підготовку лікарів і дотримання ними норм медичної етики.

В Європейському Союзі (далі – ЄС) перелік медичних професій визначено відповідно до Директиви 2005/36/ЄС³.

Враховуючи характерні особливості організації лікарського самоврядування, країни Європи можна об'єднати в чотири основні групи, які позиціонують моделі професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я. Особливістю першої моделі є обов'язкове членство лікарів у професійних палатах, делегування державою самоврядним організаціям практично всіх повноважень, пов'язаних із лікарською професійною діяльністю, ухвалення спеціального закону про самоврядування (Австрія, Люксембург, Німеччина, Польща та інші). Друга група об'єднує сімнадцять країн Західної та Південної Європи, серед яких, зокрема, Франція, Італія, Іспанія, де функціонує Європейська рада лікарських орденів (СЕОМ). Законодавство цих держав щодо лікарського самоврядування має певні відмінності, які не чинять принципового впливу на суть професійної самоорганізації. Третю групу складають країни, де традиційно сформувалися своєрідні системи регулювання й саморегулювання лікарської діяльності, зокрема відсутні загальні професійні об'єднання (Велика Британія). До четвертої групи належать країни колишнього Радянського Союзу, які входять до Східного партнерства Європейського Союзу. У цих державах, зокрема й в Україні досі не запроваджено лікарського самоврядування⁴.

Держави із федеративним устроєм – Канада та США – мають історично сформовану модель професійного самоврядування. Так, у США відсутня централізована або чітко організована система лікарського самоврядування. Натомість, існує більше 200 професійних медичних організацій із різним призначенням та функціями. Однак лише кілька з них мають відповідний юридичний статус і визначені повноваження, до таких, зокрема, належить Федерація державних медичних рад (FSMB).

Основна частина.

У Польщі під час існування комуністичного режиму лікарське самоврядування було ліквідовано і тільки майже 30 років тому лікарські палати відновили свою діяльність. Водночас у державі функціонували професійні товариства, які узгоджували різноманітні питання переважно з наукових позицій, а не з погляду лікарської практики. На сучасному етапі формування законодавчого регулювання щодо діяльності професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я відбувалося в межах здійснення реформ у сфері охорони здоров'я.

³ Директива 2005/36/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 7 вересня 2005 року про визнання професійних кваліфікацій. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32005L0036>

⁴ Тернова С. Лікарське самоврядування: Світовий досвід має стати взірцем для наслідування. URL: <https://www.vz.kiev.ua/likarske-samovryaduvannya-svitovuj-dosvid-maye-staty-vzirtsem-dlya-nasliduvannya/>

Сьогодні в Польщі правові, організаційні та професійні засади лікарського самоврядування регулюються низкою нормативно-правових актів. Так, законодавчу базу із цього питання становлять: Закон від 2 грудня 2009 року про лікарські палати (*Ustawa o izbach lekarskich*)⁵, Закон від 5 грудня 1996 року про професії лікаря та стоматолога (*Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty*)⁶, Закон від 15 квітня 2011 року про медичну діяльність (*Ustawa o działalności leczniczej*)⁷, Кодекс медичної етики (*Kodeks Etyki Lekarskiej*)⁸. Професія лікаря належить до так званих «вільних професій». Це означає, що лікарі різних спеціалізацій, у тому числі стоматологи відповідно до законодавства здійснюють професійне самоврядування, яке представляє та захищає інтереси професійних груп і здійснює нагляд за належним виконанням професійних обов'язків в інтересах громадськості. Законодавством визначено, що лікарська практика в Польщі можлива лише після офіційної реєстрації та шляхом взаємодії з територіальним органом лікарського самоврядування – окружною лікарською палатою.

Закон про лікарські палати (далі – Закон) є спеціальним нормативно-правовим актом, положеннями якого регулюються правовідносини у сфері функціонування професійного медичного самоврядування в Польщі. Так, відповідно до статей 1, 2 Закону визначено правовий статус та структуру лікарського самоврядування. Передбачено, що координацію всієї системи лікарського самоврядування здійснює Вища лікарська палата (*Naczelna Izba Lekarska, NIL*), своєю чергою, Вищій лікарській палаті підпорядковані 23 окружні лікарські палати (*okręgowe izby lekarskie, OIL*) і Військова лікарська палата (*Wojskowa Izba Lekarska, WIL*), яка об'єднує військових лікарів усієї країни. Вища лікарська палата та окружні палати є юридичними особами, самостійними одиницями лікарського самоврядування. Вища лікарська палата представляє самоврядування лікарів і стоматологів на державному рівні, а окружні палати – на місцевому рівні. Органами Вищої лікарської палати є: Національний з'їзд лікарів; Вища медична рада; Вища ревізійна комісія; Вищий медичний суд; Головний омбудсмен із професійної відповідальності (стаття 35). Відповідними законодавчими приписами визначено організаційно-правові засади функціонування зазначених органів, їх завдання та повноваження, що ними реалізуються. Також на законодавчому рівні визначено структуру окружних палат, які мають чітку організацію. Зокрема, основними органами окружної лікарської палати є: Окружний з'їзд лікарів (*Okręgowy Zjazd Lekarzy*) – вищий керівний орган палати; Окружна лікарська рада (*Okręgowa Rada Lekarska*), яка здійснює керівництво діяльністю палати між щорічними з'їздами лікарів; Окружна ревізійна комісія (*Okręgowa Komisja Rewizyjna*), що здійснює

⁵ Закон від 2 грудня 2009 року про лікарські палати. URL: <https://arslege.pl/ustawa-o-izbach-lekarskich/k832/s6826/>

⁶ Закон від 5 грудня 1996 року про професії лікаря і стоматолога. URL: <https://lexlege.pl/ustawa-o-zawodach-lekarza-i-lekarza-dentysty/rozdzial-1-przepisy-ogolne/5719/>

⁷ Закон від 15 квітня 2011 року про медичну діяльність. URL: <https://lexlege.pl/ustawa-o-dzialalnosci-leczniczej/dzial-ii-zasady-funkcjonowania-podmiotow-leczniczych/6384/>

⁸ Kodeks Etyki Lekarskiej. URL: <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>

контроль за фінансовою й господарською діяльністю палати; Окружний лікарський суд (*Okręgowy Sad Lekarski*), який розглядає справи з питань професійної відповідальності, легітимності виборів і голосувань у межах палати. Відповідно до Закону уповноважена особа (*okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej*) роз'яснює законодавство з питань професійної відповідальності, перевіряє його дотримання, виступає як обвинувач у лікарському суді (стаття 21). Лікарське самоврядування здійснює такі повноваження: визначає принципи медичної етики й забезпечує їх дотримання; надає право на заняття професією за певним видом професійної діяльності; піклується про належне та сумлінне виконання лікарської професії; зупиняє і позбавляє права займатися професією та встановлює певні обмеження у професійній діяльності; відкриває провадження у справах про професійну відповідальність лікарів; проводить або бере участь в організації професійного навчання лікарів; надає висновки з питань післядипломної підготовки лікарів та інших медичних професій; здійснює захист лікарської професії, у тому числі захист гідності лікарської професії та індивідуальних і колективних інтересів членів лікарського самоврядування; формує позиції щодо стану здоров'я суспільства, політики держави в галузі охорони здоров'я та інші (стаття 5). Окрему групу складають норми, якими передбачено функціонування двох реєстрів лікарів, зокрема Районного реєстру лікарів і стоматологів та Центрального реєстру лікарів і стоматологів Республіки Польща (статті 49, 50). Загалом, реєстри – це відомості про лікарів, які: мають ліцензію на практику (практикують у зоні діяльності регіональної лікарської палати; не здійснюють практику та проживають у зоні діяльності регіональної лікарської палати); виключені зі списку членів у зв'язку зі смертю або втратою права на заняття; не стали членами палати на підставі Закону і чий документи воеводські управи подали до регіональних лікарських палат. Власником і розпорядником Районного реєстру є Районна медична рада. Власником і розпорядником Центрального реєстру лікарів є Вища медична рада (стаття 52).

У Главі 5 зазначеного Закону містяться положення, якими врегульовано питання професійної відповідальності лікарів, встановлено процедуру та порядок притягнення винної особи до відповідальності, визначено різновиди дисциплінарних санкцій. Всі члени лікарського самоврядування несуть професійну відповідальність. Згідно із приписами статті 53 Закону члени лікарських палат несуть професійну відповідальність за порушення принципів медичної етики та правил, пов'язаних зі здійсненням медичної діяльності (професійна неправомірна поведінка). Варто зазначити, що основним джерелом правил професійної етики лікарів у Польщі є Кодекс медичної етики, прийнятий Національним з'їздом лікарів. Він є одним із найважливіших орієнтирів етичної поведінки в щоденній професійній практиці лікаря. Норми Кодексу медичної етики зобов'язують лікаря дотримуватися прав пацієнтів, відстоювати гідність професії лікаря.

Відповідно до національного законодавства Польщі відповідальність за професійну неправомірну поведінку лікаря регламентується нормами таких

законів: «Про професії лікаря і стоматолога», «Про лікарські палати», «Про права пацієнтів та омбудсмена пацієнтів», «Про медичну діяльність».

Варто звернути увагу, що на практиці типові професійні проступки лікарів здебільшого стосуються порушення правових стандартів здійснення професійної діяльності, зокрема прав пацієнта (наприклад, надання медичної послуги без згоди пацієнта, ненадання інформації про наслідки процедури)⁹. Відповідно до Закону «Про лікарські палати» справи щодо професійної відповідальності лікарів розглядаються окружними медичними судами й Вищим медичним судом. Окружний медичний суд лікарської палати, членом якої є відповідач на момент порушення провадження, є компетентним розглядати справу в першій інстанції (стаття 78). Процедури професійної відповідальності включають: перевірку діяльності; роз'яснювальне провадження; провадження в медичному суді; виконавче провадження (частина 1 статті 55 Закону). Метою перевірочних заходів є первинне з'ясування обставин, необхідних для встановлення наявності підстав для відкриття роз'яснювального провадження. Метою роз'яснювального провадження є з'ясування того, чи було вчинено діяння, яке може складати професійний проступок (з'ясування обставин справи, а в разі виявлення ознак професійного проступку – встановлення особи обвинуваченого, збирання і зберігання доказів для медичного суду). Відразу після отримання інформації, що свідчить про можливе вчинення професійного проступку, працівник служби професійної відповідальності зобов'язаний прийняти постанову про відкриття роз'яснювального провадження або про відмову у відкритті такого провадження (частина 2 статті 55). Зауважимо, що провадження щодо професійної відповідальності, які проводяться лікарським самоврядуванням, можуть призвести до різноманітних правових наслідків для лікаря. Якщо зібрані докази з високою ймовірністю вказують на те, що працівник медичної сфери, щодо якого здійснюється провадження, вчинив серйозний професійний проступок, а вид такого проступку вказує на те, що це загрожує безпеці пацієнтів, медичний суд виносить рішення про тимчасове припинення права на зайняття професійною діяльністю або про обмеження такого права на строк до одного року. Обвинувачений лікар може оскаржити вказану постанову протягом 14 днів із дня її винесення. Скарга подається до Вищого медичного суду через окружний медичний суд, який виніс рішення. Подана скарга не зупиняє негайного виконання рішення (стаття 77). Статтею 83 зазначеного Закону встановлено види стягнень, що можуть бути призначені медичним судом, зокрема: попередження; догана; грошове стягнення; заборона обіймати керівні посади в організаційних підрозділах охорони здоров'я на строк від одного до п'яти років; обмеження обсягу діяльності щодо зайняття медичною професією на строк від шести місяців до двох років; припинення права займатися професією на строк від одного до п'яти років; позбавлення права займатися професією. Окремо зауважимо, що Вища медична рада веде спеціальний реєстр, який містить

⁹ Малгожата Пашковська «Втручання професійного самоврядування в практику ортопеда». URL: <https://www.praktyczna-ortopedia.pl/artykul/ingerencja-samorzadu-zawodowego-w-wykonywanie-zawodu-ortopedy>

інформацію про покараних лікарів і стоматологів Республіки Польща. Реєстр відкритий для фізичних та юридичних осіб, які виявили законний інтерес.

Аналізуючи закріпленій у законодавстві Польщі механізм притягнення до професійної відповідальності лікарів у межах професійного самоврядування, доцільно звернути увагу на підхід, в основу якого покладено пріоритетність відновлення прав пацієнтів у разі їх порушення неправомірними діями лікаря. Водночас, законодавством гарантується обвинуваченому медичному працівнику захист своїх професійних прав.

Результати дослідження законодавства Польщі з питань правового регулювання професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я доводять, що спеціальним Законом визначено організаційно-правові засади діяльності професійного самоврядування лікарів, урегульовано суспільні відносини, що виникають у процесі реалізації лікарями свого права на професійне самоврядування. Водночас, окремі аспекти професійного самоврядування, зокрема щодо правового регулювання питань доступу до професії, процедури ліцензування лікарів, підтвердження кваліфікації, постійного професійного розвитку закріплено на рівні Закону про професії лікаря і стоматолога, оскільки саме цей Закон визначає правила та умови здійснення професійної діяльності лікаря та стоматолога (стаття 1). Відповідно до його положень регіональні самоврядні лікарські інституції надають право особі на заняття професією або відмовляють у наданні цього права негайно після подання особою всіх необхідних документів (стаття 6а).

Враховуючи предмет звернення, вважаємо за доцільне висвітлити досвід правового регулювання професійного самоврядування окремих категорій медичних працівників у Польщі, зокрема медичних сестер та акушерок.

Самоврядування медичних сестер та акушерок у Польщі запроваджено відповідно до Закону від 19 квітня 1991 року про самоврядування медичних сестер та акушерок (*O samorządzie pielęgniarek i położnych*)¹⁰. Закон прийнято з метою представництва осіб, які є медичними сестрами та акушерками, нагляду за належним виконанням ними професійних обов'язків в інтересах суспільства та для їх захисту. У 2011 році Сеймом Польщі ухвалено низку нових актів у сфері охорони здоров'я, зокрема прийнято Закон від 15 липня 2011 року про професії медичної сестри та акушерки¹¹ та Закон від 1 липня 2011 року про самоврядування медичних сестер та акушерок¹².

Закон про самоврядування медичних сестер та акушерок (2011 р.) визначає завдання й організаційні засади професійного самоврядування медичних сестер та акушерок, а також права та обов'язки його членів (стаття 1). Передбачено, що орган професійного самоврядування є незалежним у виконанні своїх завдань і підпорядковується лише положенням зазначеного Закону. Інституції

¹⁰ Закон від 19 квітня 1991 року про самоврядування медичних сестер та акушерок. URL: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19910410178>

¹¹ Закон від 15 липня 2011 року про професії медичної сестри та акушерки. URL: <https://nipip.pl/prawo/ogolne/ustawa-o-zawodach-pielegniarki-i-poloznej/>

¹² Закон від 1 липня 2011 року про самоврядування медичних сестер та акушерок. URL: <https://nipip.pl/prawo/ogolne/ustawa-o-samorzadzie-pielegniarek-i-poloznych/>

професійного самоврядування мають статус юридичних осіб, їх структуру утворюють: Вища палата медичних сестер та акушерок і регіональні палати медичних сестер та акушерок (діє 45 регіональних палат). Як свідчать офіційні дані, нині самоврядування медичних сестер та акушерок у Польщі налічує понад 338 тис. членів: 299 тис. медсестер і 39 тис. акушерок¹³. Членами самоврядування є медичні сестри та акушерки, які мають підтверджену або видану ліцензію на практику, інформація про яких внесена до реєстру, що веде відповідна районна рада. Членство в органах місцевого самоврядування є обов'язковим (стаття 2). Відповідними положеннями зазначеного Закону передбачена професійна відповідальність медичних сестер та акушерок за весь спектр їх професійної діяльності. Медсестри й акушерки несуть професійну відповідальність перед органами фельдшерсько-акушерського самоврядування (уповноваженим з питань професійної відповідальності й судом медичних сестер та акушерок) за: порушення професійних правил; порушення нормативно-правових актів, що регулюють практику здійснення професії медичної сестри та акушерки; поведінку, що суперечить принципам професійної етики.

На нашу думку, запроваджена у Польщі модель професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я є системною. Проте, польські фахівці вказують на існування низки наявних проблем у системі професійного самоврядування, зокрема ними наголошується на необхідності поліпшення процедури позасудового захисту пацієнтів. На їх думку, діюча нині система розгляду медичних подій, яка має бути альтернативою судовому розгляду, не захищає пацієнта й не надає йому ефективного інструменту для відшкодування збитків. Кількість справ у загальних судах не зменшилася, а час, необхідний для розгляду справи в окружних комісіях для вирішення медичних подій, є незадовільним. Рішення комісій та пропозиції лікарень щодо компенсації часто не задовольняють пацієнтів, за таких умов справи потрапляють до судів¹⁴.

У Латвії функціонує низка професійних лікарських самоврядних організацій, діяльність яких спрямовано на забезпечення належного здійснення лікарської практики й дотримання відповідних гарантій, забезпечення високого професійного рівня та професійної автономії лікарів, захисту професійних прав лікарів в інтересах охорони здоров'я пацієнтів. Наразі відсутні окремі спеціальні закони, положення яких унормовували б суспільні відносини у сфері професійного медичного самоврядування.

Так, у Латвії на законодавчому рівні врегульовано окремі питання діяльності професійного самоврядування, зокрема: визначено юридичний статус таких громадських організацій; закріплено перелік самоврядних організацій, яким державою делеговано завдання щодо забезпечення атестації лікарів та медичних сестер; передбачено залучення представників медичної професії до участі в законотворчому процесі, участі в роботі Комісії з питань медичної етики тощо.

¹³ Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. URL: <https://nipip.pl/samorzad/>

¹⁴ NIK – 33 зміни, необхідні для покращення польської охорони здоров'я. URL: <https://www.prawo.pl/zdrowie/jakie-zmiany-konieczne-by-poprawic-polska-ochrone-zdrowia-raport,423384.html>

Законодавство в означеній сфері складають такі закони: «Лікувальне право» (1997 р.)¹⁵, «Про права пацієнта» (2009 р.)¹⁶, «Про регульовані професії та визнання професійних кваліфікацій» (2001 р.)¹⁷, «Про товариства та фонди» (2003 р.)¹⁸ та низка підзаконних нормативно-правових актів, затверджених Кабінетом Міністрів Латвії.

Аналіз законодавства Латвії свідчить про те, що політика держави у досліджуваній сфері реалізується шляхом делегування самоврядним організаціям окремих повноважень, пов'язаних із медичною професійною діяльністю, зокрема у частині атестації та сертифікації медичного персоналу. Так, статтею 29 Закону «Лікувальне право» визначено, що право лікаря-спеціаліста на практику підтверджується сертифікатом лікаря-практика та його оформленням у порядку, визначеному нормативно-правовими актами. Відповідно до частини другої згаданої статті визначено перелік самоврядних організацій, яким надано право здійснювати атестацію персоналу за компетенцією, серед них: Асоціація латвійських лікарів (атестація лікарів і стоматологів); Латвійська спілка медичних професійних організацій (сертифікація функціональних спеціалістів, функціональних помічників спеціалістів, помічників лікарів, помічників рентгенологів, рентгенологів, масажистів, косметологів, лаборантів, ортопедів, спеціалістів із догляду за красою (косметологія) та зубних техніків); Асоціація медичних сестер Латвії (сертифікація акушерок і стоматологів-гігієністів).

У 2001 році Сеймом Латвії прийнято Закон «Про регульовані професії та визнання професійних кваліфікацій», відповідно до якого визначено регульовані професії, а також встановлено основні вимоги, яких необхідно дотримуватися при визнанні кваліфікацій, отриманих у Латвійській Республіці та за кордоном (частина друга статті 2). Зазначений Закон є загальним для всіх регульованих професій, відповідно до нього встановлено загальні повноваження професійних організацій щодо регулювання професій. Зокрема, приписами статті 9 встановлено перелік регульованих професій у медичній сфері. Професійні організації, у тому числі медичного спрямування, уповноважені: видавати документи, що засвідчують професійну кваліфікацію, та надавати право використовувати найменування, що відповідає професії та кваліфікації; забезпечувати збереження високих професійно-кваліфікаційних критеріїв та підтримання і підвищення кваліфікації у відповідній сфері діяльності; розробляти й затверджувати норми професійної етики у відповідній сфері діяльності та здійснювати контроль за дотриманням цих норм; розробляти пропозиції щодо вимог до започаткування або провадження незалежної професійної діяльності за регульованими професіями, а також до надавачів

¹⁵ Закон Латвії від 16.06.1997 р. «Лікувальне право». URL: <https://likumi.lv/ta/id/44108-arstniecibas-likums>

¹⁶ Закон Латвії від 17.12.2009р. «Про права пацієнта». URL: <https://likumi.lv/ta/id/203008-pacientu-tiesibu-likums>

¹⁷ Закон Латвії від 20.06.2001р. «Про регульовані професії та визнання професійних кваліфікацій». URL: <https://likumi.lv/ta/id/26021-par-reglamentetajam-profesijam-un-profesionalas-kvalifikacijas-atzisanu>

¹⁸ Закон Латвії від 30.10.2003р. «Про товариства та фонди». URL: <https://likumi.lv/ta/id/81050-biedribu-un-nodibinajumu-likums>

короткострокових професійних послуг, подавати ці пропозиції до міністерства, яке є головним органом державного управління у сфері, що стосується регульованої професії (стаття 4). Таким чином, на законодавчому рівні реалізовано один із основних принципів професійного лікарського самоврядування – надання права на заняття професією за певним видом професійної діяльності. Окрім того, делеговане державою професійним організаціям завдання щодо забезпечення атестації медичного персоналу сприяло активному залученню представників професійного самоврядування до організації освітнього процесу та вдосконалення професійних знань в означеній сфері.

Відповідно до приписів Закону «Лікувальне право» окремо врегульовано комплекс питань, пов'язаних із медичною етикою, зокрема визначено процедуру утворення й функціонування Комісій з медичної етики. Згадані інституції є дорадчими органами, створеними з метою вирішення питань медичної етики. Комісії з медичної етики утворюються медичними установами та професійними асоціаціями медичного персоналу. Ці комісії розглядають етичні питання, пов'язані з діяльністю медичних працівників і новими медичними технологіями (статті 13, 14). Для реалізації положень зазначеного Закону Кабінетом Міністрів Латвії прийнято Типове положення про Комісію з медичної етики¹⁹, відповідно до якого деталізовано механізм формування таких комісій, визначено їх функції, права та обов'язки.

У законодавстві Латвії відсутні спеціальні положення щодо професійної відповідальності медичного працівника й порядку притягнення до такої відповідальності. За загальним правилом, особа, яка вчинила протиправне діяння у медичній сфері, притягується до цивільної, адміністративної та кримінальної відповідальності.

Враховуючи предмет звернення, вважаємо за доцільне проаналізувати інституційний досвід Латвійської асоціації лікарів (LAB), оскільки саме зазначена самоврядна інституція входить до переліку організацій, яким державою делеговані відповідні повноваження з атестації та визнання професійної кваліфікації лікарів й інших професіоналів медичної сфери.

Латвійська асоціація лікарів (далі – Асоціація) заснована в 1988 році. Метою діяльності Асоціації є: постійне вдосконалення системи охорони здоров'я та кваліфікації лікарів; здійснення захисту правових, професійних та економічних інтересів латвійських лікарів; запровадження заходів щодо зміцнення здоров'я населення; покращення організації охорони здоров'я; удосконалення системи медичної освіти; популяризація етичних принципів лікаря та контроль за їх дотриманням. Асоціація об'єднує всіх латвійських лікарів як індивідуальних членів (незалежно від їхнього віку, спеціальності, стажу роботи), а також усі професійні асоціації лікарів як юридичних членів.

Асоціація є громадським об'єднанням, має статус юридичної особи, утворена й зареєстрована відповідно до вимог Закону «Про товариства та

¹⁹ Типове положення про Комісію з медичної етики від 13.01.1998 р. URL: <https://likumi.lv/ta/id/46618-medicinas-etikas-komitejas-paraugnolikums>

фонди», діє на підставі статуту Асоціації латвійських лікарів²⁰, прийнятого на конференції LAV 12 березня 1993 року. Статутом визначено мету й завдання Асоціації, встановлено порядок набуття членства та вихід із неї, визначено організаційну структуру, врегульовано взаємовідносини учасників Асоціації, її керівних та виконавчих органів як всередині Асоціації, так і з іншими суб'єктами в Латвії та за її межами. Відповідно до статуту організаційну структуру Асоціації утворюють: інститути управління, професійні установи та установи з аудиту господарсько-фінансової діяльності. Органами управління Асоціації є збори членів, рада та правління. Виконавчим органом асоціації є правління. Професійними установами асоціації є: Атестаційна рада, Комісія з етики, Освітня комісія та Трудовий суд. Члени зазначених установ обираються на загальних зборах Асоціації строком на 4 роки. Органом контролю за господарсько-фінансовою діяльністю є Ревізійна комісія (стаття 3 Статуту). Статутом врегульовано питання щодо підстав створення та надання відповідного статусу територіальним і професійним структурним підрозділам Асоціації, а також регламентовано, що її нові професійні структурні підрозділи створюються відповідно до класифікатора спеціальностей, визначеного нормативно-правовими актами. Фахівці окремих лікувальних чи діагностичних методів формують відділення в існуючих професійних структурних підрозділах або об'єднуються у новий професійний структурний підрозділ (стаття 9).

Відповідно до інформації, розміщеної на офіційному сайті Латвійської асоціації лікарів, її представники беруть участь у засіданнях комісій Сейму Латвійської Республіки під час розробки відповідних законопроектів, у їх обговоренні, внесенні пропозицій, рекомендацій. Асоціація співпрацює з Міністерством охорони здоров'я з питань розробки проектів нормативно-правових щодо професійних питань. Члени Асоціації працюють у Стратегічній раді Міністерства охорони здоров'я. Асоціація співпрацює з установами, підпорядкованими Міністерству охорони здоров'я, – Інспекцією охорони здоров'я, Центром економіки охорони здоров'я, а також з іншими медичними професійними організаціями (Асоціацією медичних сестер Латвії, Асоціацією латвійських фармацевтів²¹).

Канада, разом із Великою Британією та США, відноситься до так званої «англо-американської моделі». Згадані країни мали дещо різні традиції у сфері охорони здоров'я, однак у них медична професія стала однією з перших професій, яку врегульовано відповідними законами.

У Канаді відповідно до Конституції²² повноваження у сфері охорони здоров'я розмежовано на двох рівнях – федеральному й регіональному. Канада має 13 юрисдикційних систем, де кожна провінція або територія має виключну юрисдикцію щодо регулювання діяльності своїх медичних працівників. Така ситуація обумовлює підходи щодо медичної діяльності, визначення стандартів, встановлення процедури реєстрації для отримання права на зайняття професією,

²⁰ Статут Асоціації латвійських лікарів від 12.03.1993р. URL: <https://www.arstubiedriba.lv/statuti/>

²¹ Латвійська асоціація лікарів. URL: <https://www.arstubiedriba.lv/par-mums/>

²² Конституційні акти Канади. URL: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/const/page3.html#docCont>

у тому числі в інших регіонах держави²³. На рівні кожного регіону Канади прийнято рамковий закон про регульовані медичні професії та низку інших законів у цій сфері. Відповідними положеннями зазначених актів регіональні регуляторні органи наділені правом на організацію діяльності з надання медичних послуг та видачу ліцензії на медичну практику в межах власних кордонів²⁴.

Відповідно до повноважень регіональні регуляторні органи: визначають регуляторну політику; встановлюють вимоги щодо професійної діяльності, стандарти; приймають кодекси етичної та професійної поведінки медичних працівників; проводять розслідування за поданими скаргами; приймають дисциплінарні рішення тощо.

Основними джерелами фінансування діяльності зазначених регіональних регуляторних органів є реєстраційні збори, що надходять від заявників і ліцензіатів.

Звернемося до порядку професійного медичного регулювання на рівні регіонального законодавства. У провінції Онтаріо медичні професії регулюються Законом про регульовані медичні професії 1991 року (RHPA)²⁵ та іншими законами, наприклад, Законом про медицину 1991 року. Окремі положення зазначених законів визначають процедуру створення колегій з регулювання у сфері охорони здоров'я (стоматологія, акушерство, сестринська справа, оптика, аптека) (далі – колегії). Колегії відповідають за надання медичними працівниками професійних, безпечних послуг в етичний спосіб. Колегії мають повноваження, серед іншого, щодо встановлення відповідних стандартів і розслідування скарг відносно медичних працівників та накладання у відповідних випадках дисциплінарних стягнень.

У Додатку 1 до Закону про регульовані медичні професії визначено перелік медичних професій провінції Онтаріо, серед них: стоматологія, акушерство, сестринська справа, оптика, аптека, традиційна китайська медицина тощо. Окремими законодавчими приписами встановлено обов'язки й повноваження міністра охорони здоров'я провінції Онтаріо у сфері регулювання медичних професій. Зокрема, обов'язком міністра є забезпечення регулювання та координації медичних професій, розроблення й дотримання відповідних стандартів і надання особам доступу до послуг, які надають медичні працівники, за їхнім вибором (стаття 3). Міністр уповноважений: скеровувати запити до Ради колегії²⁶ щодо стану медичної діяльності в регіоні або щодо конкретної медичної установи; здійснювати контроль за діяльністю Ради; вносити пропозиції щодо прийняття, зміни або скасування постанов Ради відповідно до законодавства

²³ Канадська система охорони здоров'я. URL: <https://ilsr.org/rule/health/2076-2/>

²⁴ Луїза Світмен. Моделі професійного регулювання: вибір для Атлантичної Канади? *Журнал медичного регулювання* (2023) 109 (1): 22–28. URL: <https://meridian.allenpress.com/jmr/article/109/1/22/492088/Models-in-Professional-Regulation-Choices-for>

²⁵ Закон про регульовані медичні професії 1991 року (RHPA). URL: <https://www.ontario.ca/laws/statute/91r18#BK1>

²⁶ Прим.: ради колегій функціонують відповідно до Процесуального кодексу працівників охорони здоров'я, який є Додатком 2 до Закону про регульовані медичні професії.

тощо (стаття 5). Законом також передбачено функціонування: Консультативної ради з питань регулювання медичних професій як незалежного дорадчого органу; Апеляційно-наглядової ради працівників охорони здоров'я (незалежної третьої сторони, уповноваженої переглядати рішення про реєстрацію та скарги, що надходять від колегії з регулювання у сфері охорони здоров'я). Окремий розділ зазначеного Закону містить приписи щодо дій (процедур), які можуть становити ризик, якщо їх не виконує кваліфікований фахівець (статті 27–34). Окремо слід відзначити встановлення санкцій за вчинення конкретного переліку кримінальних правопорушень, передбачених у статтях 27 (1), 29.1 (1) або 30 (1) цього Закону.

Процесуальний кодекс працівників охорони здоров'я (далі – Кодекс), який є Додатком 2 до Закону про регульовані медичні професії, встановлює вичерпний набір правил, яких повинні дотримуватися колегії під час реєстрації нових членів, розслідування скарг і накладання дисциплінарних стягнень на медичних працівників. Ці правила надають гарантії відкритості, прозорості, доступності і справедливості для тих осіб, які виявили бажання здійснювати медичну діяльність, а також для пацієнтів. Відповідно до статті 2 Кодексу колегії є юридичними особами без статутного капіталу. До повноважень колегій віднесено: регулювання професійної діяльності, у тому числі розробка нормативних актів; запровадження стандартів щодо кваліфікації осіб, яким видаються свідоцтва про реєстрацію; розробка й запровадження програм для забезпечення якості надання медичних послуг; підвищення професійної компетентності працівників медичної сфери; сприяння у міжпрофесійній співпраці; встановлення стандартів професійної етики та здійснення відповідного контролю за їх дотриманням тощо (стаття 3 (1)).

Справами кожної колегії керує Рада. Організаційну структуру колегії утворюють: Виконавчий комітет; Реєстраційна комісія; Комітет з питань запитів, скарг та звітів; Дисциплінарна комісія; Комітет із придатності до медичної практики; Комітет по зв'язках із пацієнтами (статті 4, 10(1)). Вказані комітети та комісії виконують покладені на них законом повноваження у межах своєї компетенції.

Кодекс містить низку положень, відповідно до яких встановлено: професійну відповідальність та види професійних проступків медичних працівників; порядок притягнення їх до відповідальності; компетенцію відповідних уповноважених інституцій у процесі розслідування професійних проступків; порядок оскарження винесених рішень, відшкодування компенсації потерпілій стороні тощо (статті 36–56). У разі визначення медичного працівника винним у вчиненні професійної проступку, Дисциплінарна комісія має право застосувати один або декілька видів дисциплінарних стягнень, серед них: анулювання свідоцтва про реєстрацію; призупинення дії свідоцтва про реєстрацію на визначений період; обмеження дії свідоцтва про реєстрацію на певний або невизначений період; виклик такого працівника на засідання колегії з метою накладення догани; накладення штрафу у розмірі не більше 35000 доларів США (стаття 51 (2)).

З метою аналізу практичної складової діяльності регуляторних колегій, дослідимо організацію та функціонал однієї із таких інституцій.

Колегія медичних сестер Онтаріо (CNO) є керівним органом для зареєстрованих медичних сестер (RN), зареєстрованих практичних медичних сестер (RPN) і практикуючих медичних сестер (NP). Колегія медичних сестер Онтаріо діє на підставі законів «Про медичних сестер» 1991 року²⁷ та «Про регульовані медичні професії» 1991 року, а також інших актів і статуту колегії²⁸. Зазначена регуляторна установа працює в межах ухваленого Стратегічного плану на 2021–2024 роки, розробляє та впроваджує зміни до законодавства про сестринську справу шляхом регулювання медсестринської практики. Її організаційну структуру утворюють: Рада колегії (визначає цілі, завдання та політику відповідно до чинного законодавства); Дисциплінарний комітет (проводить слухання у справах, що мають характер передбачуваного професійного порушення та / або некомпетентності); Виконавчий комітет (забезпечує керівництво Радою, сприяє ефективному й результативному функціонуванню Ради та комітетів); Фінансовий комітет (консультує Раду з фінансових питань колегії); Комітет із придатності до медичної практики (визначає, чи страждає медсестра / медбрат від фізичного чи психічного стану або розладу, який впливає або може вплинути на її / його діяльність); Комітет із запитів, скарг і звітів; Комітет із призначень; Комітет із забезпечення якості; Реєстраційна комісія (оцінює кваліфікацію заявника для медсестринської практики в Онтаріо)²⁹. Колегія не є закладом освіти, однак надає різноманітні освітні й консультаційні послуги, у тому числі у форматі вебтрансляцій, а також надає практичну підтримку медсестрам / медбратам щодо застосування професійних стандартів їхньої діяльності. На виконання вимог рамкового закону про регульовані медичні професії (про який вже зазначалося) Колегією медичних сестер Онтаріо розроблено та затверджено Кодекс поведінки медичних сестер³⁰. Кодексом встановлюються стандарти професійної діяльності, яких повинні дотримуватися медсестри / медбрата, і за порушення яких вони несуть професійну відповідальність. Цей документ є основним практичним стандартом Колегії, відповідно до якого медсестри / медбрата повинні виконувати професійні обов'язки безпечно для пацієнтів та в етичний спосіб.

Останнім часом канадські фахівці вказують на хибність діючої в державі моделі, зокрема щодо виключно регіонального характеру професійного регулювання. Експерти наголошують, що запроваджений підхід є фрагментарним і таким, що створює перешкоди для переміщення медичних працівників із одного регіону Канади в інший. Бар'єри залишаються також для

²⁷ Закон про медсестер 1991 р. URL: <https://www.ontario.ca/laws/statute/91n32>

²⁸ Статут Коледжу медсестр Онтаріо. URL: https://www.cno.org/globalassets/docs/general/46005_bylaws.pdf

²⁹ Коледж медичних сестер Онтаріо. URL: <https://www.cno.org/en/what-is-cno/councils-and-committees/committee/>

³⁰ Кодекс поведінки медичних сестер. URL: https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/49040_code-of-conduct.pdf

підтвердження міжнародної кваліфікації медичного працівника³¹. Для вирішення зазначеної проблеми було рекомендовано прийняти зміни до законодавства щодо запровадження багатюрисдикційного ліцензування³².

Зауважимо, що в окремих провінціях Канади розпочато оновлення загальної нормативної бази для медичних професій. Зокрема, Законодавчою асамблеєю Британської Колумбії 24 листопада 2022 року прийнято Закон про професії у сфері охорони здоров'я³³, що стало першою реформою в цій сфері за останні 30 років. Вагомою підставою для розробки й подальшого прийняття правового акта став звіт, представлений експертом у галузі регулювання професійної діяльності сфери охорони здоров'я Гаррі Кейтоном, який у своїй доповіді закликав до кардинальних змін у всіх саморегульованих медичних професіях. Перш за все, регулюючі органи мають надавати пріоритет безпеці пацієнтів, а медичні працівники не повинні розглядати колегиї як засіб досягнення професійних цілей³⁴.

Десята поправка до Конституції *Сполучених Штатів Америки*³⁵ уповноважує регіональні органи приймати закони та встановлювати правила, що захищають здоров'я, безпеку й загальний добробут мешканців їх територій. Медицина є регульованою професією в США. З метою захисту громадськості від непрофесійної, неналежної, незаконної, шахрайської та / або некомпетентної медичної діяльності кожен із 50 штатів, округ Колумбія та території США (Пуерто-Ріко, Гуам, Співдружність Північних Маріанських Островів та Віргінські острови США) має закон про медичну практику, який регулює правовідносини в цій сфері й делегує повноваження щодо виконання вимог закону медичній комісії штату.

Державні медичні ради (термін, який використовується для позначення державних і територіальних медичних та остеопатичних рад у США) регулюють медичну практику шляхом ліцензування кваліфікованих лікарів, асистентів лікарів та інших медичних працівників. Кожна державна медична рада керується положеннями Закону про медичну практику. Задля здійснення легальної медичної практики лікарі та інші професіонали у сфері медицини повинні мати діючу медичну ліцензію, видану штатом або територією, де знаходяться їхні пацієнти. Окрім ліцензування лікарів, державні медичні ради уповноважені розглядати скарги, притягати до дисциплінарної відповідальності за порушення

³¹ Трейсі Л. Адамс. Професійне регулювання охорони здоров'я в історичному контексті: Канада, США та Великобританія (19 століття до теперішнього часу). Людські ресурси для охорони здоров'я обсяг 18, Номер статті: 72 (2020). URL: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-020-00501-y>

³² Луїза Світмен. Моделі професійного регулювання: вибір для Атлантичної Канади? *Журнал медичного регулювання*. (2023) 109 (1): 22–28. URL: <https://meridian.allenpress.com/jmr/article/109/1/22/492088/Models-in-Professional-Regulation-Choices-for>

³³ Професійне регулювання. Британська Колумбія, Канада. URL: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/professional-regulation>

³⁴ An Inquiry into the performance of the College of Dental Surgeons of British Columbia and the Health Professions Act. December 2018. URL: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/professional-regulation/cayton-report-college-of-dental-surgeons-2018.pdf>

³⁵ Конституція Сполучених Штатів Америки. URL: https://www.senate.gov/civics/constitution_item/constitution.htm

закону медичних працівників, проводити оцінювання лікарів і сприяти реабілітації лікарів, коли це необхідно, тощо.

Структура й повноваження медичних рад у штатах можуть різнитися. Деякі ради є незалежними та зберігають усі ліцензійні й дисциплінарні повноваження, тоді як інші є частиною державного департаменту охорони здоров'я штату, при цьому на них покладено певні обов'язки або вони функціонують як дорадчий орган.

Звернемося до досвіду регіонального регулювання медичних професій. Так, у штаті Каліфорнія діє Кодекс бізнесу та професій³⁶, прийнятий законодавчим органом у 1937 році. Низка розділів зазначеного акта об'єднані під назвою «Закон про медичну практику». Актом визначено процедуру створення Медичної ради Каліфорнії (далі – Рада), мету її діяльності, повноваження та інституційну структуру. Відповідно до статті 1 (2001.1) Закону захист громадськості має бути найвищим пріоритетом для Медичної ради Каліфорнії під час виконання своїх ліцензійних, регуляторних і дисциплінарних функцій. Медична рада Каліфорнії є структурною одиницею Департаменту у справах споживачів штату, до її складу входить 15 членів, 7 із яких є представниками громадськості. Губернатор штату призначає 13 членів правління Медичної ради Каліфорнії за умови затвердження їх кандидатур Сенатом штату. Із зазначених кандидатур 5 осіб мають бути представниками громадськості. Комітет Сенату штату з регламенту та Спікер Асамблеї призначають по одному представнику громадськості (стаття 1 (2001 р)). Члени правління Медичної ради Каліфорнії призначаються лише із числа осіб, які були громадянами цього штату протягом щонайменше п'яти років, що передують їх призначенню. Члени правління, за винятком громадських членів, повинні призначатися лише із числа осіб, які мають ліцензію лікарів і хірургів у цьому штаті. На Медичну раду Каліфорнії покладається обов'язок щодо ведення та публікації Довідника ліцензованих медичних працівників штату Каліфорнія (стаття 1 (2022 р.)). Окрім того, Медична рада Каліфорнії повинна розміщувати на своєму вебсайті в Інтернеті інформацію про поточний статус ліцензій для всіх діючих і колишніх ліцензіатів.

Приписами зазначеного Закону передбачено, що Медична рада Каліфорнії може приймати, змінювати або скасовувати відповідно до положень Закону про адміністративну процедуру ті нормативні акти, які можуть бути необхідними для забезпечення виконання положень Закону про медичну практику (стаття 1 (2018 р.)).

Низкою норм Закону про медичну практику: визначається порядок ліцензування медичних працівників; встановлюються вимоги до осіб, які подали заявки на ліцензування; визначається процедура оцінювання, строки видачі ліцензії, порядок оскарження в разі відмови у видачі ліцензії, підстави для визнання й підтвердження кваліфікації осіб, у тому числі нерезидентів тощо. З метою забезпечення та підтвердження безперервної компетентності лікарів і хірургів, які мають ліцензію, Медична рада Каліфорнії приймає та застосовує

³⁶ Кодекс бізнесу та професій штату Каліфорнія URL: <https://law.justia.com/codes/california/2021/code-bpc/>

стандарти безперервної освіти до таких ліцензіатів. Законом встановлено вимогу до кожного ліцензованого лікаря й хірурга щодо необхідності підвищення професійної кваліфікації (стаття 10 (2190)).

Зауважимо, що в нормативних положеннях статті 10.05 Кодексу бізнесу та професій надано законодавче визначення поняття «*непрофесійна поведінка*», яке, окрім загального формулювання, містить перелік конкретних видів такої поведінки. Законом про медичну практику передбачено, що у випадку притягнення лікаря до дисциплінарної відповідальності Медична рада Каліфорнії видає наказ, відповідно до якого застосовуються дисциплінарні стягнення до медичного працівника. Дисциплінарні стягнення накладаються у різних формах, наприклад, покладення обов'язку пройти курс безперервної медичної освіти, анулювання ліцензії тощо³⁷. Варто зазначити, що удосконалення законодавства щодо професійного самоврядування в Каліфорнії відбувалося на вимогу суспільства або самих медичних працівників. Остання реформа в цій сфері розпочалася у 2017 році й була спрямована на врегулювання питання щодо ліцензування кваліфікованих лікарів і медсестер, які бажають практикувати в кількох штатах.

Державні медичні ради США об'єднані в одну загальнонаціональну інституцію – Федерацію державних медичних рад (FSMB), яка представляє 71 медичну раду Сполучених Штатів Америки, їх територій та округу Колумбія. Зазначена організація підтримує своїх членів у виконанні ними повноважень шляхом належного ліцензування, здійснення дисциплінарного впливу й регулювання діяльності медичних працівників³⁸. Федерацією державних медичних рад визначено такі стратегічні цілі діяльності: підтримка державних медичних рад (шляхом просування найкращих практик, які підвищують їх ефективність); адвокація та політичне лідерство (посилення впливу державного медичного регулювання в динамічному, взаємопов'язаному середовищі охорони здоров'я); співпраця (сприяння участі та взаємодії між державними медичними радами та розширення відносин із державними, національними й міжнародними організаціями, державними установами); комунікація та освіта (підвищення обізнаності громадськості про життєво важливу роль державних медичних рад) тощо.

Наголосимо, що в США діє низка професійних медичних асоціацій, які відіграють ключову роль у професійному самоврядуванні в галузі охорони здоров'я. Вони поділяються на національні, регіональні та міські, а також асоціації з кожної спеціальності. Найбільшою громадською медичною організацією є Американська медична асоціація (АМА), яка функціонує з 1847 року. Серед її основних функцій визначено такі: забезпечення високого рівня професіоналізму в медицині; захист прав та інтересів лікарів – членів АМА; захист інтересів пацієнтів у громадських дебатах і в суспільних процесах; вплив (лобізм) на прийняття, відкликання і внесення поправок до законів, що

³⁷ Про дисципліну лікаря. URL: <https://www.fsmb.org/u.s.-medical-regulatory-trends-and-actions/guide-to-medical-regulation-in-the-united-states/about-physician-discipline/>

³⁸ FEDERATION OF STATE MEDICAL BOARDS. URL: <https://www.fsmb.org/about-fsmb/>

регулюють медичну діяльність або належать до суміжних сфер; формування політики в галузі медичної освіти на всіх рівнях, включаючи безперервну медичну освіту; встановлення стандартів для лікарів у медичній освіті, медичній практиці, медичній етиці; формування етичної політики в державі³⁹. АМА періодично встановлює й публікує директорію лікарських спеціальностей (у США їх загалом 21) із докладним описом кожної спеціальності та пропонує щодо неї стандарти тощо. До складу АМА входить: Рада з етики та правових питань; Рада з медичної освіти (спрямовує свою діяльність на 125 американських і 16 канадських вищих медичних навчальних закладів); Комітет із акредитації медичних закладів (тісно співпрацює з Об'єднаною комісією щодо акредитації медичних закладів у м. Чикаго (Joint Commission on Health Accreditation) тощо. Фінансування роботи АМА здійснюється за рахунок членських внесків, доходів від акредитації, ліцензування, видавничої та іншої діяльності⁴⁰.

Висновки.

1. Оскільки Україна є унітарною державою, на нашу думку, прийнятним для неї є досвід законодавчого регулювання професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я в таких унітарних державах, як Польща і Латвія. Окремі організаційно-правові засади регулювання професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я в цих державах щодо здійснення професійної діяльності можуть бути використані при розробці відповідного законодавства України. Зокрема, цікавим є довід Польщі в контексті законодавчого визначення: юридичного статусу лікарських палат; делегування їм функцій державою щодо здійснення ліцензування, визначення етичних стандартів, встановлення професійної відповідальності тощо.

2. Як свідчить зарубіжний досвід, запровадження моделей правового регулювання професійного самоврядування у сфері охорони здоров'я обумовлюється низкою чинників, що впливають на формування національної системи охорони здоров'я, зокрема, це: історичні передумови; політика держави в цій сфері; наявність певних національних традицій; визначення процедури формування самоврядних лікарських організацій; чітке визначення завдань та повноважень професійного самоврядування тощо.

3. Аналіз нормативно-правових актів Канади, Латвії, Польщі, США (на основі джерел із вільним доступом) виявив спільність підходів до законодавчого регулювання питань професійної відповідальності медичних працівників та порядку притягнення до неї. Відповідно до законодавства цих держав передбачено функціонування спеціально уповноважених органів (дисциплінарних комісій, дисциплінарних палат тощо), які здійснюють провадження у справах про професійну відповідальність медичних працівників.

³⁹ Сисоєнко І.В. Самоврядування в системі охорони здоров'я: першочергові завдання для України. URL: <https://health-ua.com/article/33866-samovryaduvannya-v-sistem-ohoroni-zdorovya-pershochergov-zavdannya-dlya-ukr>

⁴⁰ Американська медична асоціація (АМА). URL: <https://www.ama-assn.org/>

4. Цікавим є досвід Канади та США щодо підходів встановлення на рівні галузевих законодавчих актів кримінальної та адміністративної відповідальності за вчинення діянь, що мають ознаки непрофесійної поведінки медичних працівників.

5. У контексті виявлення проблем, що виникають у процесі запровадження професійного медичного самоврядування, доцільно звернути увагу, що останніми роками спостерігається загальна тенденція пошуку нових підходів до модернізації сфери професійного регулювання, зокрема відзначається: пріоритетність безпеки пацієнтів; доступність, якість та безперервність надання медичних послуг; запровадження й дотримання етичних стандартів тощо.

*Дослідницька служба
Верховної Ради України*

**Цей документ підготовлений Дослідницькою службою Верховної Ради України як довідковий інформаційно-аналітичний матеріал. Інформація та позиції, викладені в документі, не є офіційною позицією Верховної Ради України, її органів або посадових осіб. Цей документ може бути цитований, відтворений та перекладений для некомерційних цілей за умови відповідного посилання на джерело.*