

06.07.2005 // Відомості Верховної Ради України. – 2005. – № № 35–36, 37. – ст. 446.

17. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 15 лютого 2008 р. «Про хід реформування системи кримінальної юстиції та правоохоронних органів»: Указ Президента України від 08.04.2008 // Офіційний вісник України. – 2008. – № 27. – ст. 838.

18. Рішення Європейського суду з прав людини у справі «Енгель та інші проти Нідерландів» від 08.06.1976 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/SO2825.html.

19. Рішення Європейського Суду з прав людини у справі «Корнев і Карпенко проти України» від 21.10.2010 // Офіційний вісник України. – 2011. – № 31. – ст. 1338.

20. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реалізації положень Кримінального процесуального кодексу України : проект Закону України від 16.04.2014 № 4712 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=50664.

21. Дмитрук М.М. Кримінальний проступок: аналіз деяких законодавчих ініціатив / М.М. Дмитрук // Вісник Асоціації кримінального права України. – 2015. – № 2 (5). – С. 89–96.

УДК 342.9(4/9):351.77

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Гомон Д.О., аспірант
кафедри адміністративного права та адміністративного процесу
Одеський державний університет внутрішніх справ

Денисова А.В., к. ю. н.,
доцент кафедри адміністративного права та адміністративного процесу
Одеський державний університет внутрішніх справ

Статтю присвячено особливостям організаційного забезпечення охорони здоров'я на прикладі конкретних країн. Увагу зосереджено на питаннях фінансування медичної допомоги.

Ключові слова: охорона здоров'я, організація забезпечення, світовий досвід, гарантовані медичні послуги.

Стаття посвячена особливостям организационного обеспечения здравоохранения на примере конкретных стран. Внимание сосредоточено на вопросах финансирования медицинской помощи.

Ключевые слова: здравоохранение, организация обеспечения, мировой опыт, гарантированные медицинские услуги.

Gomon D.O., Denisova A.V. INTERNATIONAL EXPERIENCE ORGANIZATION OF PROVIDING OF HEALTH PROTECTION

The article is sanctified to the features of orgware of health protection in the case of specific countries is considered. Particular attention is paid to financing the health care.

Key words: health care, organization of providing, international experience, guaranteed medical services.

Постановка проблеми. У ХХ ст. найбільшою мірою виявився зв'язок між охороною здоров'я, розвитком суспільства й особистості. Конституційне визнання права на здоров'я кожної людини стало невід'ємною рисою більшості правових систем. Адже сьогодні вважається, що правова складова державної відповідальності за здоров'я громадян на спирається не на економічні візії, а насамперед на природне право кожної людини на життя і здоров'я [1].

Оскільки здоров'я – це не лише індивідуальна цінність окремої людини, а й надбання суспільства й держави, питання правового забезпечення охорони здоров'я є досить актуальними та розглядаються в багатьох міжнародних документах, прийнятих Генеральною Асамблеєю ООН, ВООЗ, Всесвітньою медичною асоціацією, Всесвітньою асоціацією психіатрів, Радою Європи тощо. У Статуті ВООЗ проголошується, що уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів і ця відповідальність вимагає прийняття відповідних заходів соціального характеру в галузі охорони здоров'я.

В Україні сьогодні точаться жваві дискусії щодо переходу до того чи іншого виду фінансування. Ситуація невизначеності перехо-

ду на новий рівень фінансування медичного страхування й відсутність згоди між різними учасниками ринку зумовили необхідність розглянути зарубіжний досвід провідних країн світу в галузі медичного страхування [2].

Ступінь розробленості проблеми. Серед науковців, роботи яких присвячені питанням правового забезпечення охорони здоров'я в зарубіжних країнах, варто виділити А. Загороднього, О. Длугопольського, М. Мних, Е. Ковжарова, Н. Новікова, С. Стеценко, В. Черненко, О. Щербенко, Н. Ярош та інших.

Метою статті є висвітлення досвіду організації забезпечення охорони здоров'я в соціально-економічних розвинутих країнах.

Виклад основного матеріалу. Неодмінною складовою ефективного розвитку держави є підтримка соціальної сфери й формування дієвої системи охорони здоров'я в країні. Трійка провідних країн за основними показниками здоров'я (середня тривалість життя, дитяча смертність і низка інших) нині виглядає так: Японія, Німеччина та США.

Система охорони здоров'я в Японії – одна з найрозвиненіших у світі. Орієнтація на профілактику й реабілітацію дала змогу істотно знизити витрати на охорону здоров'я та під-



вищити її якість. Система охорони здоров'я ґрунтується на повному охопленні всього населення медичним страхуванням, забезпечуванню державою й роботодавцями приватного сектору. Власне, в Японії наявні дві основні системи, якими охоплена більшість населення. Перша – Національна система страхування здоров'я – охоплює в основному дрібних власників і членів їхніх сімей, інвалідів та інших непрацюючих осіб. Друга – система страхування осіб найманої праці, що охоплює найманих працівників і їхніх утриманців, є найбільшою в Японії. У цій системі діють різні програми. Деякі з них належать державі, яка сама є страховиком. А в програмі соціального страхування страховиком є саме товариство, створене адміністрацією та працівниками одного або кількох підприємств однієї галузі.

У країні існує також система додаткового приватного страхування, але вона не має великого попиту. На його частку припадає не більше ніж 1% сукупних витрат на охорону здоров'я в країні.

Жодних обмежень щодо вибору лікаря й лікарні страхування не передбачає. У країні налічується близько 140 тис. лікувальних закладів, у т. ч. 80 тис. поліклінік (деякі з невеликими стаціонарними відділеннями), 10 тис. лікарень, 850 медичних центрів, керованих урядами префектур, 50 стоматологічних клінік. Інформація про кількість медичних установ в Японії варіює за даними різних джерел. Це пояснюється тим, що в офіційній статистиці кабінети приватних лікарів також іменуються поліклініками, а саме вони й становлять переважну кількість лікувальних установ.

Більшість лікарень і клінік у Японії перебуває в приватних руках, однак через те, що всі тарифи на оплату їхніх послуг установлює влада, для пацієнтів не існує жодної різниці між приватною й державною медициною. Японські лікарні відчувають труднощі з госпіталізацією хворих, які потребують екстреної допомоги або перебувають у серйозному стані, у зв'язку з величезним потоком пацієнтів, котрі потребують більш тривіального лікування. Немає повноцінної комплектації лікарень цілодобовим персоналом, як це прийнято у великих госпіталах США. Компенсація лікарням і клінікам проводиться за принципом відрядної оплати (гонорар за кожну надану послугу). Тарифи однакові для лікування в стаціонарах і амбулаторіях. Оскільки лікарні при тому ж рівні компенсації повинні фінансувати як зарплату персоналу, так і витрати на основні фонди, головна тенденція полягає в максимально ранньому переведенні пацієнта на амбулаторне долікування. Так як уряд нав'язує лікарням одноманітні схеми компенсації за послуги, цінової конкуренції в країні не існує. Замість цього, лікарні намагаються залучити пацієнтів, закупаючи найсучасніше обладнання. Така ситуація, природно, вигідна пацієнтам, але водночас вона породжує черги охочих пройти лікування в найбільш оснащених лікарнях.

Заробітна платня персоналу, оплата лікарняних послуг, ціни на ліки, медичні процедури й обладнання визначаються Центральною радою із соціального та медичного обслуговування при Міністерстві охорони здоров'я,

праці та соціального забезпечення. Вона встановила ціни на настільки низькому рівні, що вартість японської охорони здоров'я зростає повільніше, ніж споживчі ціни загалом. При цьому, якщо попит на медичні послуги в країні підвищується, уряд скорочує витрати шляхом урізання компенсацій. Суворий контроль за цінами й зарплатами в системі охорони здоров'я Японії певною мірою скорочує приплив лікарів і призначення послуг, для яких потрібне дороге обладнання. Однак разом із тим це добрий засіб для того, щоб захистити медицину від осіб, котрі перетворюють її на бізнес, і зберегти професійну чистоту медичних кадрів.

У Японії лікарі, які працюють у лікарнях, є службовцями, котрі отримують зарплату. Частина медиків залучені в приватному секторі, але розмір їхніх гонорарів установлює держава. Як правило, він визначається на основі гонорару за конкретні послуги.

Проте така система фіксованих гонорарів праці лікарів створює в них стимули для прийому максимальної кількості пацієнтів, а отже, результатом стає «конвеєрний» характер надання медичної допомоги.

Сьогодні витрати на охорону здоров'я в Японії становлять 8,1% ВВП. На цьому тлі показники медичного обслуговування набагато кращі, ніж у США, які витрачають на ці цілі майже в 2 рази більше. Країна домоглася такого успіху шляхом заборони на прибуток страхових компаній, а також уведенням обмежень на оплату лікарів, котрі допускають серйозні помилки в обслуговуванні пацієнтів. Це якраз те, чого так бракує українській охороні здоров'я, де медичне страхування – відверта годівниця для спритних ділків, що окупували цю дуже вигідну нішу [3].

Говорячи про охорону здоров'я в Німеччині, треба зазначити, що саме там уперше було запроваджено обов'язкове соціальне медичне страхування, яке, за оцінками європейських дослідників, відповідає найвищим міжнародним стандартам якості.

У сучасній Німеччині одним із головних принципів державного устрою й системи охорони здоров'я є, зокрема, розподіл повноважень між землями, федеральним урядом і створеними в законному порядку організаціями громадянського суспільства. У сфері охорони здоров'я органи влади передають повноваження самоврядним організаціям платників і виробників послуг, тобто структурам, які безпосередньо зацікавлені та мають відповідний рівень професійних знань у цій сфері. Насамперед це лікарняні каси, їх об'єднання, об'єднання лікарів лікарняних кас, які є квазідержавними організаціями й мають органи управління, що здійснюють управління фінансуванням, надання послуг в обсязі, гарантованому Законом про обов'язкове медичне страхування.

На федеральному рівні систему охорони здоров'я очолює Федеральне Міністерство охорони здоров'я й соціального забезпечення, до повноважень якого належить і загальна політика у сфері державного медичного страхування (передусім це питання рівності, пов-

ноти, порядку надання та фінансування соціальних послуг). Правове регулювання всієї системи соціального страхування Німеччини здійснюється в основному на підставі Соціального кодексу, книга п'ята якого присвячена безпосередньо державному медичному страхуванню.

Відповідно до федерального законодавства, відповідальність за планування медичної допомоги закріплена за землями (всього 16 федеральних земель). Кожна земля повинна забезпечувати стабільне фінансування лікарень, гарантувати забезпечення потреб населення в медичній допомозі. Тому землі розробляють своє законодавство у сфері охорони здоров'я з урахуванням специфіки регіону, його соціального, економічного розвитку тощо, це призводить до значної різниці в характері, межах і методах планування медичних програм у різних регіонах [4, с. 40].

Фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється переважно (57%) за рахунок коштів обов'язкового державного медичного страхування – *Gesetzliche Krankenversicherung* (цим видом страхування охоплюється близько 90% населення, інша частина громадян або має приватну страховку, або підпадає під інші спеціальні державні програми, наприклад, військовослужбовці, поліцейські, одержувачі соціальних виплат та ін.). Близько 10,5% надходить від інших складників державної страхової системи (кошти пенсійного страхування, страхування на випадок виробничого травматизму, страхування на випадок необхідності довготривалого медичного догляду); інші кошти надходять від приватних страховиків – *Private Krankenversicherung* (8,4%), від безпосередніх особистих платежів населення (12,2%). Отже, головним джерелом фінансування охорони здоров'я Німеччини є самоврядні регіональні та федеральні лікарняні каси (*gesetzliche Krankenkassen*), які збирають внески й забезпечують фінансування медичних послуг на рівні соціальних гарантій держави. Усі лікарняні каси є некомерційними організаціями, які зобов'язані збирати членські внески й мають право встановлювати ставку внеску, що необхідна для покриття витрат.

Позитивною особливістю системи обов'язкового медичного страхування Німеччини є те, що внески працівників забезпечують страхування як його самого, так і членів його сім'ї, які не працюють, без будь-яких доплат. Внески стягуються із заробітної плати, пенсій, допомоги на випадок безробіття, при цьому встановлюється максимальний рівень доходу, з якого утримуються внески [5].

До переваг німецької системи охорони здоров'я, безумовно, варто зарахувати високий якісний рівень надання медичної допомоги, оснащення медичним обладнанням лікувально-профілактичних установ, кваліфікацію медичних працівників і, найголовніше, доступність медичного обслуговування для всіх. Система медичного страхування забезпечує населення широким спектром безоплатних послуг, включаючи амбулаторне і стаціонарне лікування, рецептурні лікарські засоби, медичні устаткування, оплату проїзду до медичного закладу тощо.

Певний інтерес становить система оплати праці лікарів, яка дає змогу переважно виключати можливість зловживань з боку медичних працівників у контексті призначень зайвих медичних процедур, обстежень тощо. Страхові організації оплачують медичну допомогу, яка надається лікарями, на базі бальної системи оцінювання рівня наданих послуг. Бали встановлюються в плані виплат за послуги, де визначається кількість балів за кожну надану послугу. Розмір відшкодування лікарям на підставі зароблених ними балів розраховується як співвідношення загальної кількості балів, зароблених усіма лікарями, і регіонального бюджету охорони здоров'я [6, с. 14].

Сполучені Штати Америки не мають гарантованої державою системи загального страхування здоров'я. Усе тримається на системі приватного страхування. Значну роль у забезпеченні частини населення медичною допомогою відіграє некомерційне страхування, яке є державною програмою підтримки для окремих верств населення. Федеральний уряд гарантує медичне страхування лише для літніх і найбідніших людей. Пенсіонери користуються коштами з фонду *Medicare* («Медична опіка»), а бідні – з фонду *Medicaid* («Медична допомога»). Усі інші американці повинні покладатися на надзвичайно складну систему приватних страховок, які оплачують або роботодавці, або самі зацікавлені, якщо вони ні від кого не залежать і працюють лише на себе [7]. Як правило, роботодавець має план щодо страхування своїх працівників. Іноді він сплачує повну вартість страховки, але часто працівники також уносять певну грошову суму. Члени сім'ї працівника страхуються через страховку цього працівника. Якщо особа не є працівником або членом сім'ї працівника, страховка повинна бути придбана у приватному порядку. Якщо цього не зробити, людина не має права на отримання медичної допомоги. Лікарі та лікарні є також приватними, і вони є частиною цього бізнесу. Якщо вони не отримують платежів через страхування, вони потребують готівку, а якщо оплата не надходить, медичні послуги не надаються взагалі. Саме через це мільйони американців намагаються мати хоча б часткове страхування, яке хоча й не покриває коштів на перебування в лікарні, ліки, медичні процедури й операції, але все ж таки дає змогу отримати необхідний базовий набір медичних послуг.

Розглянувши організацію забезпечення охорони здоров'я в США, доречно зазначити, що основним недоліком цієї системи є велика вартість медичної допомоги. Витрати на душу населення в Сполучених Штатах становлять 7 290 USD на рік, що більше ніж у два рази перевищує середній показник серед індустріально розвинених держав. Проте високий рівень організаційно-правового забезпечення захисту прав пацієнтів, який виявляється в тому, що значного рівня розвитку набули надання адвокатських послуг у сфері медичного права та широка розповсюдженість інституцій, зайнятих захистом прав споживачів, особливе ставлення до літніх осіб, інвалідів та деяких інших категорій соціально не захищених верств населення, які не можуть са-



можливо забезпечити собі фінансування медичної допомоги, є безумовними перевагами в організації забезпечення охорони здоров'я в США [8]. Отже, досвід США свідчить, що запроваджувати приватне страхування в медичній сфері як основне джерело фінансування недоцільно, оскільки можливі серйозні фінансові диспропорції в охороні здоров'я.

Висновки. Підсумовуючи вищезазначене, треба сказати, що зарубіжний досвід країн із розвинутими системами охорони здоров'я доводить той факт, що медична галузь може ефективно та якісно функціонувати лише за умови існування медичного страхування. Накопичений десятиліттями світовий досвід у цій сфері свідчить про високу ефективність різних моделей і систем обов'язкового медичного страхування. Саме тому кожна країна повинна створити власну модель медичного страхування з урахуванням національної специфіки, тенденцій і особливостей свого соціально-економічного розвитку, що сприятиме зростанню сильною та здоровою нації, як наслідок, побудові сильною й ефективною економіки.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Ситенко О.Р. Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні / О.Р. Ситенко, Т.М. Смірнова [Елек-

тронний ресурс]. – Режим доступу : http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/VSG_2014_2_5.pdf.

2. Горохов С.В. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн / С.В. Горохов, С.Д. Старинчук [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.apfs.in.ua/v9_2015/8.pdf.

3. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії / Ю. Матвієнко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php?print=1>.

4. Ettelt S. Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта / S. Ettelt, E. Nolte, S. Thomson, N. Mays and International Healthcare Comparisons Network. – М. : Реал Тайм, 2009. – 64 с.

5. Statistisches Bundesamt. Federal Health Monitoring System. Wiesbaden, 2004 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.gbe-bund.de>.

6. Сасковец А.А. Государственное медицинское страхование в Германии: становление, проблемы, стратегические решения / А.А. Сасковец. – М. : МАКС Пресс, 2005. – 28 с.

7. Зеленевиц В.О. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я / В.О. Зеленевиц [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhnyi-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya/>.

8. Стеценко В.Ю. Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США / В.Ю. Стеценко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/pp_2013_4_6.pdf.

УДК 342.922

ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОНЯТТЯ ТА СТРУКТУРИ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИХ РЕЖИМІВ У СФЕРІ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ

Карелін В.В., к. ю. н.,

доцент кафедри кримінального, кримінально-виконавчого права та кримінології,
лейтенант внутрішньої служби
Академія Державної пенітенціарної служби

Розглядається необхідність дослідження адміністративно-правових режимів у сфері організації виконання покарань як передумови реформування пенітенціарної системи України. Визначено основні нормативно-правові акти, які встановлюють і визначають термін «режим». Проаналізовано погляди вчених на поняття «режим», «правовий режим» та «адміністративно-правовий режим».

Ключові слова: режим, правовий режим, адміністративно-правовий режим, державна пенітенціарна служба, пенітенціарна система України.

Рассматривается необходимость исследования административно-правовых режимов в сфере организации исполнения уголовных наказаний как предпосылки реформирования пенитенциарной системы Украины. Определены основные нормативно-правовые акты, которые устанавливают и определяют термин «режим». Проанализированы взгляды ученых на понятия «режим», «правовой режим» и «административно-правовой режим».

Ключевые слова: режим, правовой режим, административно-правовой режим, государственная пенитенциарная служба, пенитенциарная система Украины.

Karelin V.V. RESEARCH ISSUES AND CONCEPTS OF ADMINISTRATIVE LEGAL REGIME IN THE SPHERE IN THE FIELD ORGANIZATION OF PUNISHMENT

Need for administrative and legal regime research in the field organization of punishment as a pre-condition in reforming the penitentiary system of Ukraine is considered. The basic normative and legal acts that define the term regime are outlined. The scientists' views on the concept of regime, the legal regime, administrative and legal regime are analyzed.

Key words: regime, legal regime, administrative and legal regime, state penitentiary service, penitentiary system of Ukraine.