

зкладах, які займаються підготовкою юристів, не створені кафедри, у назвах яких би був зафіксований термін «права людини», наприклад кафедра теорії прав людини, держави та права. Тобто вивчення юридичних канонів життєдіяльності людини, суспільства, держави має, на нашу думку, розпочинатись у межах загальнометодологічної науки, якою може на початковій стадії стати «теорія прав людини, держави та права». Це дасть змогу певною мірою вплинути на подолання негативного спадкового консерватизму на науковий та освітянський ниві щодо першочергового опанування прав людини як провідного принципу людиноцентризму в правовому полі нашої держави.

УДК 340.773 (4)

ПРАВОВІ ЗАСАДИ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОСНОВНИХ ТИПІВ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ВІДКРИТОМУ СУСПІЛЬСТВІ ЄВРОПИ¹

Макаренков О.Л., к.ю.н., доцент

*Запорізький національний університет, вул. Жуковського, 66, м. Запоріжжя, Україна
almak_10@mail.ru*

Статтю присвячено правовому базису трансформації основних типів систем охорони здоров'я у відкритому суспільстві Європи та побудовано за класичною схемою: актуальність, огляд доктрини, опис проблеми, висновки. Суть проблеми розкрито через визначення фундаментальності права на охорону здоров'я; характеристику основних моделей організації системи охорони здоров'я в європейських країнах на підставі джерел фінансування медицини та форм власності у цій сфері, визначення їхніх переваг і недоліків; обґрунтування необхідності врахування духовно-культурних досягнень кожної європейської нації під час їх гармонізації зі стандартами медичних відносин у межах правової системи відкритого суспільства. Аргументація думок супроводжується статистичними даними, порівняльною таблицею та графіком.

Ключові слова: біоетика, лікар, медична культура населення, медичне право, охорона здоров'я, право відкритого суспільства, управління медициною, фінансування медицини.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ТРАНСФОРМАЦИИ ОСНОВНЫХ ТИПОВ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОТКРЫТОМ ОБЩЕСТВЕ ЕВРОПЫ

Макаренков А.Л.

*Запорожский национальный университет, ул. Жуковского, 66, г. Запорожье, Украина
almak_10@mail.ru*

Статья посвящена правовому базису трансформации основных типов систем здравоохранения в открытом обществе Европы и построена по классической схеме: актуальность, обзор доктрины, описание проблемы, выводы. Суть проблемы раскрыта через определение фундаментальности права на охрану здоровья; характеристику основных моделей организации системы здравоохранения в европейских странах на основании источников финансирования медицины и форм собственности в этой сфере, определение их преимуществ и недостатков; обоснование необходимости учета духовно-культурных достижений каждой европейской нации во время их гармонизации со стандартами медицинских отношений в рамках правовой системы открытого общества. Аргументация мыслей сопровождается статистическими данными, сравнительной таблицей и графиком.

Ключевые слова: биоэтика, врач, медицинская культура населения, медицинское право, здравоохранение, право открытого общества, управление медициной, финансирование медицины.

LEGAL BASIS OF THE MAIN TYPES OF HEALTH SYSTEMS TRANSFORMATION IN THE OPEN SOCIETY OF EUROPE

Makarenkov O.L.

*Zaporizhzhya National University, Zhukovsky St., 66, Zaporizhzhia, Ukraine
almak_10@mail.ru*

The article is devoted to the legal basis of the main types of healthcare systems transformation of European open society. It is based on the classical scheme: relevance, review the doctrine, description of the problem, conclusions. The problem is solved by defining the fundamental right to health.

¹ This scientific article was created with the support of Prof^a, Dr. Joana Aguiar e Silva (UMinho, PT) within the Electra EMP.

The description of the main models of the health system organization in the European countries is based on the sources of funding for medical and property in this area. We have identified three basic models, namely: national (English), liberal (German), non-classical (transitive, traditional etc.).

The national health system has coverage of the entire population, centralized use of money, the biggest administrative staff for the rational allocation of money, wide opportunities to attract additional funding, including initially due to the highest credit rating of state and therefore low interest loan and other advantages. Its negative features are the disadvantages inherent in the management staff of the state (bulkiness, bureaucracy, etc.) and, as a consequence, inefficient use of money without proper control over this process, the lower motivation, more opportunities and motivation to corruption, greater influence political, than logic, economic and social factors. The positive features of the legal regulation liberal model in the health sector are the advantages of a high level of competition in the sphere of medicine: more scientific discoveries, continuous quality improvement, and so on; high motivation of managers and other employees of medicine; high quality management due to management binarity: indirectly by the state, directly – by representatives of private companies; decisive influence logic, economic and social factors in the management of projects in the sphere of medicine; high motivation to invest in applicable projects; sedulous (painstaking) use of money. The disadvantages of this model are such as expensive money, smaller scale projects, the weaker control over observance of the rights of patients than in the state model, the high, compared with the state, the probability of bankruptcy. In the non-classical model (the transitive, traditional and others) financing is carried out at the expense of the state, of private companies in different proportions. We have identified that the major advantage of it became the possibility to save as the best quality of its health care system as well enrich its positive experience of British and German systems, for example, preservation of the balance of financing outpatient and inpatient units, and also development of patronage medical service. The disadvantages of this model became the practical difficulty of clear allocation of responsibilities between the state and private companies in health care; instability, high corruption; the high degree of inconsistencies between the enshrined in law guarantees of right to health and their implementation in practice.

The world experience shows that the health system works most effectively with a diversity of ownership and organizational and legal structures of medical and industrial organizations. In conditions of market economy it is necessary to reach a rational correlation of public and private, profit and nonprofit health care institutions (organizations, companies).

During working out of legal regulations in the sphere of public health within the legal framework of an open society it must be taken into account that the attitude of different nations to health is conditioned by at least two important factors: socio-economic and spiritual-cultural. The reasoning mind is accompanied by statistical data, comparative tables and graphs.

Key words: bioethics, doctor, medical culture of population, medical law, health care, law of open society, medicine management, financing of medicine.

Медицина й охорона здоров'я є одними з найважливіших частин гармонізації культур, зокрема в її соціально-економічній сфері. Держави з урахуванням наявних потреб і ресурсів вживають необхідних заходів з метою забезпечення в межах їхньої юрисдикції рівного доступу до медичної допомоги належної якості (ст.3) [1]. Пріоритетність реформування системи охорони здоров'я в Україні та її максимальна уніфікація щодо стандартів ЄС визнані як ЄС, так і владою України. Хоча, за словами колишнього міністра охорони здоров'я О. Квіташвілі, успішно та швидко реформувати українську систему охорони здоров'я заважають чиновники, які перебувають при владі. Виникає необхідність імплементувати європейські правила в українську політико-правову систему, а також актуальним стає питання елімінації з державного апарату тих чиновників, які протидіють проведенню потрібних реформ.

Формально-правова актуальність теми нашої роботи обумовлена фіксацією права на охороні здоров'я на найвищому рівні в національно-правових системах і в актах міжнародного права. Це право є природним. Воно закріплене на конституційному рівні всіх високорозвинених держав. Наприклад, у ст.110-б Конституції Королівства Норвегія від 17.05.1814 р. зазначено, що кожен має право на таке довкілля, яке зберігає здоров'я, і на охорону природної продовольчої продукції та її різноманіття; у ст.68 Конституції Республіки Польщі від 02.04.1997 р. зазначено, що кожен має право на охорону здоров'я, тощо. Юридичне закріплення цього права знаходимо на міжнародному рівні, наприклад у ст.25 Загальної декларації прав людини від 10.12.1948 р, ст.12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні й культурні права (схваленому ГА ООН 16.12.1966 р.), у Європейській угоді про надання медичного обслуговування особам, які тимчасово перебувають на території іншої країни (Женева, 17.10.1980 р.), та ін. З огляду на сказане та реальні наміри ЄС і України важливо досліджувати європейський досвід успішного правового регулювання у сфері охорони здоров'я.

У західній правовій доктрині Г. Джакка, К. Голей і Е. Рідел досліджували право на охорону здоров'я в контексті законодавчого регулювання економічних, соціальних і культурних прав [2]; Х. Діас – проблеми адміністративної, цивільно-правової, кримінальної, дисциплінарної юридичної та етичної відповідальності у сфері охорони здоров'я [3]; Дж. Алвес, А. Кунст і Дж. Перельман – низку питань

охорони здоров'я, наприклад вплив куріння на здоров'я молоді та інші [4]; П. Баррос – економічні аспекти медико-санітарної допомоги (на основі досвіду Португальської Республіки), а саме витрати на охорону здоров'я, попит на медичні послуги, медичне страхування, роль некомерційних організацій в секторі охорони здоров'я, сертифікації та інші аспекти управління у сфері охорони здоров'я [5]; Ф. Севіія – історію реформування системи охорони здоров'я, місце здоров'я в області соціального забезпечення громадян, визначення права на охорону здоров'я, медичне страхування, інтегровану модель охорони здоров'я (на основі досвіду Королівства Іспанії з 2005 р.) [6]. Проблемам медичного права присвятили свої роботи С. Антонюк, І. Бедрик, Н. Мезенцева, Я. Радиш (а саме державному регулюванню приватного сектора охорони здоров'я, стоматології), Б. Логвиненко (а саме медичному захисту поліції), В. Пашков (а саме господарсько-правовому забезпеченню у сфері охорони здоров'я), В. Стеценко (а саме правовому забезпеченню впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні), Г. Терешкевич (а саме розвитку біоетики в Україні: поняттю, видам, принципам, правовим і медико-соціальним аспектам державного регулювання, біомедичним втручанням в організм людини), Г. Чеботарьова (а саме кримінально-правовій охороні правопорядку у сфері медичної діяльності), І. Шатковська (а саме адміністративно-правовому забезпеченню лікарської таємниці в Україні), С. Стеценко та ін. Вчені з Російської Федерації також досліджували вищевказані питання: Л. Абільмагжанова (етики-правові проблеми, що виникають під час отримання медичної допомоги, причини виникнення конфліктних ситуацій під час надання стаціонарної допомоги дітям – за матеріалами Республіки Татарстан), С. Замахаєв, Е. Маслова, М. Сасіна (організаційно-правові форми в охороні здоров'я: державні та приватні лікарні, комерційні та некомерційні організації, зацікавлені групи, автономні установи), О. Махник (правові та етичні характеристики лікарської таємниці в Російській Федерації), А. Мелерзанов (організаційно-правові аспекти впровадження нових клітинних технологій в охорону здоров'я Північної Америки, в Європейських країнах, в Великобританії, в Україні, на Близькому Сході, в Азії та Австралії; міжнародні організації, які беруть участь в регулюванні галузі клітинних технологій), Т. Овсяннікова (правова соціалізація студентів медичних вишів: мотиваційно-ціннісна база формування правосвідомості, інформаційні потреби студентів з питань етики і права), О. Рябініна (цивільно-правова відповідальність медичних організацій під час здійснення медичної діяльності, страхування професійної відповідальності медиків) та ін.

Правове забезпечення охорони здоров'я в європейському відкритому суспільстві являє собою осмислення вищезазначених проблем як мінімум у двох напрямках: 1) правил поведінки, які будуть відповідати позитивним тенденціям розвитку суспільних відносин у сфері охорони здоров'я; 2) демографії, освіти, міграції людей та інших суміжних з медициною сфер, які стосуються питань старіння європейців, рівня медичної освіти, відповідальності громадян у сфері охорони здоров'я, міграції в Європу, шкали основних форм погіршення свого здоров'я, спрощення ліцензійних умов використання медичних препаратів для порятунку життя людей під час епідемій [7, с. 61-84] тощо.

Підтримання здоров'я кожного громадянина є умовою нормального функціонування та розвитку нинішніх складних цивілізацій. У механізмі перманентного відтворення людського потенціалу система охорони здоров'я посідає центральне місце. Тому публічна влада зобов'язана забезпечити доступність послуг у цій галузі будь-якого рівня складності на всіх етапах, починаючи зі зміцнення здоров'я і профілактики захворювань (суспільної охорони здоров'я в його традиційному розумінні) і закінчуючи діагностикою хвороб, лікуванням, доглядом і реабілітацією (охороною здоров'я). При цьому роль держави у сфері охорони здоров'я проявляється не тільки у наданні медичних послуг через мережу публічних медичних установ, але також у тому, щоб забезпечити доступність надання особами приватного права всього спектра таких послуг належної якості [8, с. 217]. Доступність охорони здоров'я є важливим аспектом соціальної справедливості, на якій заснована відкритість (розвиток) суспільства [9, с. 6].

Реформування відносин у сфері охорони здоров'я направлено на практичну реалізацію рівності в доступі до медичних послуг та інших принципів медичного права. Основою таких трансформацій є нині чинні моделі охорони здоров'я. Забезпечення їх функціонування залежить насамперед від всебічно обґрунтованої фінансової політики. Спосіб фінансування медичної допомоги населенню є основним під час проведення класифікації систем охорони здоров'я [10, с. 135-136].

Таблиця 1. Порівняльні характеристики основних типів систем охорони здоров'я в Європі

	Критерій для класифікації – ресурси фінансування охорони здоров'я та форми власності на них		
Характеристики	Національна модель – англійська (У. Беверидж) – фінансування відбувається переважно за рахунок коштів публічних бюджетів	Ліберальна модель – німецька (О. Бісмарк) – фінансування відбувається переважно за рахунок коштів роботодавців (приватного капіталу компаній і підприємців)	Некласичні: транзитивні ² , традиційні та інші
Позитивні	1) Охоплення всього населення 2) Централізоване використання грошей 3) Наймасштабніший управлінський апарат для раціонального розподілу грошей 4) Широкі можливості залучення додаткового фінансування, у т.ч. за рахунок первинно більш високого кредитного рейтингу і, відповідно, низьких відсотків за позикою	Переваги високої конкуренції у сфері медицини: більше наукових відкриттів, постійне підвищення якості тощо. Висока мотивація у менеджерів та інших працівників медицини. Підвищення якості за рахунок управлінської бінарності: опосередковане – державою, безпосереднє – приватними особами. Визначальний вплив логічних, економічних, соціальних факторів на управління проектами у сфері медицини. Висока мотивація у своєчасних інвестиціях в актуальні проекти. Дбайливе використання грошей.	Можливість зберегти як найкращі якості своєї системи охорони здоров'я, так і збагатити її позитивним досвідом англійської та німецької систем. Наприклад, збереження балансу фінансування амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної ланки, а також розвиток патронажної медичної служби.
Негативні	Недоліки, притаманні управлінському апарату держави (громіздкість, бюрократизм тощо), і, як наслідок, неефективне використання грошей, неналежний контроль над цим процесом, більш низька мотивація. Більше можливостей і мотивації для корупції. Більший вплив політичних, ніж логічних, економічних і соціальних факторів.	Дорогі гроші. Менше масштаб проектів. Слабший контроль за дотриманням прав пацієнтів, ніж у державній моделі. Висока в порівнянні з державою ймовірність банкрутства.	Практична складність чіткого розподілу відповідальності між державою та приватними компаніями у сфері охорони здоров'я. Нестабільність, висока корупція. Високий ступінь невідповідності між законодавчо закріпленими права на охорону здоров'я та їх втіленням на практиці
Держави, які використовують модель	Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії (1948), Королівство Швеція,	Федеративна Республіка Німеччина, Королівство Бельгія і Республіка Австрія та ін.	Деякі країни Центральної та Східної Європи

² Перевагою транзитивної моделі охорони здоров'я є її відкритість (сприйнятливості / чутливості) до будь-яких позитивних змін, впровадження будь-якого успішного досвіду.

Королівство Данія (1973), Республіка Ірландія (1971), Фінляндська Республіка, Італійська Республіка, Королівство Іспанія, Португальська Республіка, Грецька Республіка, Французька Республіка (1999) та ін.		
---	--	--

Світова практика переконує, що система охорони здоров'я найбільш ефективно функціонує при різних формах власності й організаційно-правових структур медико-виробничих організацій. Наприклад, у науковій літературі зазначається, що Португальська Республіка має глибокий дефіцит ефективності державного управління у сфері охорони здоров'я (соціального забезпечення, культури, освіти, соціальної комунікації), що посилює соціальний розрив між багатими та бідними громадянами [11, с. 370].

В умовах становлення ринкової економіки треба досягти оптимального співвідношення державних і недержавних, комерційних і некомерційних лікувально-профілактичних установ (організацій, підприємств). Це співвідношення повинно відповідати рівню соціально-економічного розвитку країни, традиціям, що склалися в суспільстві, і забезпечити надійний соціальний захист населення, задоволення його запитів і потреб з надання медичних послуг на основі використання сучасних організаційних, клінічних та інформаційних технологій [12, с. 8]. Наприклад, корисним для Німеччини та інших європейських держав може стати вітчизняний досвід профілактичної медицини, а саме загальнообов'язкові планові заходи: проведення щеплень, медичний огляд дітей і неповнолітніх в школах, нагляд за вагітними та інше; функціонування поліклінік. За даними ВООЗ 2013 р., у ЄС кількість ліжок у лікарнях у розрахунку на 10 тис. населення складає 52,8, найвищі показники у Білорусії та РФ – 110,5 та 81,8 відповідно, найнижчі – у Грузії та Швеції – 25,9. В Україні цей показник складає 87,9, а станом на 2015 р. – 78, 1 (див. графік 1).

ГРАФІК 1. Негативний тренд лікарняних закладів в Україні 1990-2015 роки



Політико-правові закономірності трансформацій системи охорони здоров'я країн Європи повинні відображати специфіку соціально-економічних і духовно-культурних основ їх етносів. Вплив соціально-економічного чинника на ступінь розуміння проблем охорони здоров'я визначається передусім рівнем доступності якісних медичних послуг необхідного спектра. Витрати на соціальні потреби містять капітальні та поточні витрати на освіту, охорону здоров'я, соціальний захист (соціальне страхування та соціальну допомогу), житло, водопостачання та каналізацію, культуру, спорт, відпочинок і розваги [13, с. 18]. У суспільстві з низьким рівнем розвитку медицини, або нестачею лікарів, або недоступністю медицини для населення найактуальнішим питанням залишається правове забезпечення доступності якісних медичних послуг хоча б однієї з трьох ланок, тоді як проблема, наприклад, застосування біотехнологій або взагалі не виникає, або буде другорядною, оскільки стосується медичних послуг третьої ланки, які у фінансово бідних спільнотах є недоступними для більшості виборців. За даними ВООЗ (The World Health Organization), кількість лікарів на 1 000 тис. населення (density of physicians – total number per 1000 population) дорівнює: в Королівстві Іспанія – 4,949 (2013), Республіці Білорусі – 3,925 (2013), Україні – 3,54 (2013); Швейцарській Конфедерації – 4,049 (2012), Республіці Куба – 6,723 (2010). Цей показник значно нижче в ряді інших країн, а саме: у Нікарагуа – 0,897 (2014), Південній Африці – 0,776 (2013), Індії – 0,702 (2012), Республіці Союз М'янма – 0,612 (2012) [14]. Для оцінки рівня охорони здоров'я ключове значення має також кількість фармацевтичного персоналу (density of pharmaceutical personnel). У таких соціально-економічно розвинених країнах, як Бельгія, Іспанія, Канада, Португалія, Швеція, цей рівень становить 2,559 (2013), 1,417 (2013), 1,025 (2012), 1,018 (2012), 0,774 (2011) відповідно. Для Папуа-Нової Гвінеї цей показник дорівнює 0,049 (2012), для Афганістану – 0,047 (2013), для Вірменії – 0,047 (2013), для України – 0,042 (2013), для Узбекистану – 0,040 (2012), для Уганди – 0,034 (2012) [15].

Соціально-економічний фактор трансформації європейського медичного права органічно доповнюється духовно-культурними обставинами життя європейців. Однак розуміння і реальне виконання лікарями та усіма громадянами тієї чи іншої держави всіх європейських угод, які стосуються питань охорони здоров'я, біомедицини тощо, відбувається неоднаково тому, що нації мають різні якості духовної культури і світогляду. Західноєвропейська культура відрізняється від східноєвропейської, південноєвропейська відрізняється від північноєвропейської. Усі вони відрізняються одна від одної та від азійських, африканських та інших культур. Наприклад, спроби прискорити процес уніфікації сприйняття біоетичних або інших складних питань не дадуть позитивних результатів, тому що охорона здоров'я стосується фундаментальних цінностей людини – виникнення життя, способів її продовження, особистої недоторканності, свободи та іншого. Наукова трансформація цих цінностей в медицині не синхронізована з відповідною зміною їх сприйняття суспільством. Фактично переосмислення загальнолюдських цінностей у контексті медичної науки, соціальне схвалення її прагматизму є ні чим іншим, як виникненням нових цінностей для людини. Складність і неоднозначність таких аксіологічних взаємозв'язків полягає в тому, що, крім темпорального фактора (на зазначені процеси можуть піти століття), діє сутнісний чинник, який визначається як ступінь співвідношення старих і нових цінностей у різних обставинах, комбінаціях, у неоднорідній свідомості людей. Спроби ігнорувати духовно-культурні відмінності в процесі застосування медичних, у т.ч. сучасних біоетичних, норм Європи та/або примушувати до їх виконання своїх громадян буде завдавати болю громадянам. Сам факт і/або екзистенціальна глибина цього болю в сукупності з абсолютно відносною цінністю (сумнівністю) будь-яких медичних (біоетичних та інших) правил знецінюють сенс їх застосування.

Правова культура кожної нації має свої переваги для розвитку і подолання. Максимальний прогрес медичного права можливий в умовах відкритого суспільства, де зберігаються можливості використовувати весь потенціал кожної культури. Неможливо точно передбачити хід соціального розвитку, а саме: а) яка саме правова, етична якість тієї чи іншої нації буде затребувана для забезпечення перманентного відродження Європи; б) коли потрібно використовувати ці якості. Тому правові прогалини та/або відсталість (закритість) медичного права Європи зумовить втрату культурної спадщини, уніфікацію культур європейських націй до того рівня, коли зникає етнічно конструктивна (життєздатна) різноманітність. А таке зникнення матиме наслідком безповоротну втрату (як і у випадках втрати біологічних видів тварин, птахів, комах) можливості сталого розвитку Європи.

Отже, сказане вище передбачає, що зважені оцінка та розуміння стану (переваг і недоліків) механізмів правового регулювання функціонування систем охорони здоров'я в різних країнах Європи

вимагає застосування компаративістського методологічного підходу. Порівняння мають проводитися не тільки між країнами, а й між різними регіонами й установами всередині країни. Результати компаративного аналізу правових механізмів надання медичних послуг у країні (регіоні) дають змогу виявити сильні та слабкі сторони будь-якої системи, установи або лікаря, а отже, сформулювати пропозиції для їх поліпшення, охоплення ними всього населення.

Пропускна здатність системи охорони здоров'я в будь-якій країні ґрунтується на її ресурсах, які можуть бути використані з метою залучення технологічних досягнень (процедур, пристроїв, діагностичних тестів та ін.), нових ліків, як для профілактики, так і для лікування. З огляду на обмеженість зазначених ресурсів їх раціональне використання викликає стурбованість серед керівників системи охорони здоров'я, лікарів і пацієнтів. Співпраця між країнами Європи дасть можливість забезпечити медичне обслуговування кожного і покращити його якість, а саме використовувати успішні моделі правового регулювання охорони здоров'я (правові норми) та адміністративні механізми управління нею, що базуються на результатах наукових досліджень [16, с. 2]. У законодавстві також мають міститися норми мотивації максимального раціонального розвитку людського потенціалу у сфері медичних наукових досліджень; доцільною уявляється концентрація кожної європейської нації на тому напрямі медицини, який вже у них є найбільш розвиненим. Одночасно за потреби європейці повинні мати можливість отримувати медичні послуги в тій європейській країні, де вони найвищої якості. Цей правовий механізм повинен ґрунтуватися на загальноєвропейській системі медичного страхування. Адже Європа нині має схожі єдині програми в інших сферах, наприклад програми допомоги сільськогосподарським виробникам, екологічних поліпшень.

Таким чином, юридичні механізми збереження духовно-культурного потенціалу всіх європейських націй та фінансове зростання є двома ключовими факторами успішної трансформації медичного права Європи. Базисні правові підходи до використання духовних і матеріальних ресурсів узагальнені в межах національної, ліберальної та некласичної (транзитивної, традиційної тощо) моделей охорони здоров'я. Принципи розвитку правової системи відкритого суспільства передбачають необхідність поєднання переваг всіх моделей в межах єдиної комплексної системи охорони здоров'я Європи, заснованої на таких засадах медичного права, як стимулювання раціонального використання свободи: кожним – для збереження та поліпшення свого здоров'я, а публічною владою і медичними працівниками – для підвищення якості медичних послуг і проведення наукових досліджень; доступність медичних послуг будь-якої складності; спеціалізація країн на тих напрямках наукових досліджень проблем медицини, які традиційно стали в них найбільш вдалимими.

ЛІТЕРАТУРА

1. The Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine (The Oviedo Convention) : was adopted by The Committee of Ministers of the Council of Europe in November 1996, opened for signature on 4 April 1997 in Oviedo, Spain and finally entered into force on 1 December 1999.
2. Riedel E. Economic, Social, and Cultural Rights : Contemporary Issues and Challenges / E. Riedel, G. Giacca, C. Golay. – Oxford : OUP, 2014. – 525 p.
3. Dias H.P. A responsabilidade pela saúde : aspectos jurídicos / H.P. Dias. – Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1995. – 69 p.
4. Alves J. Evolution of socioeconomic inequalities in smoking : results from the Portuguese national health interview surveys / J. Alves, A. Kunst, J. Perelman [Electronic resource]. – Access mode : <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1664-y>.
5. Barros P.P. Economia da Saude : conceitos e comportamentos / Pedro Pita Barros. – 3^a Edição. – Coimbra : Almedina, 2013. – 478 p.
6. Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema nacional de salud y seguridad social / Francisco Sevilla. – Madrid : Fundación Alternativas, FIPROS, 2006. – 59 p.
7. Justiça e direitos humanos. Experiências de Assessoria Jurídica Popular / Edição : L.B. Schühli. – Curitiba : Terra de Direitos, 2010. – 257 p.
8. Abbing R. Social Justice and Healthcare Systems in Europe // Henriette D.C., Roscam Abbing. – European Journal of Health Law. – 2010. – № 17. – P. 217-222

9. Jones H. Equity in development. Why it is important and how to achieve it / H. Jones. – London : Overseas Development Institute, 2009. – 57 p.
10. Степкина Ю.А. Анализ моделей и способов финансирования здравоохранения и их развития в современных условиях / Ю.А. Степкина // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. – 2012. – № 1. – Т. 6. – С. 135-144.
11. Ferreira da Cunha P. Repensar a politica : ciencia & ideologia / P. Ferreira da Cunha. – 2 edição revista e atualizada. – Coimbra : Almedina. – 2007. – 496 p.
12. Шипачев К.В. Роль инновационных технологий организации медицинской помощи в повышении эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений : дис. ... доктора медицинских наук : спец. 14.00.33 / К.В. Шипачев. – Кемерово, 2004. – 272 с.
13. Cubero R. Equity and Fiscal Policy : The Income Distribution Effects of Taxation and Social Spending in Central America / R. Cubero, I.V. Hollar. – Washington, D.C. : International Monetary Fund, 2010. – 43 p.
14. Health workforce : density of physicians (total number per 1000 population) / The World Health Organization [Electronic resource]. – Access mode : http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/Physicians.
15. Health workforce : density of pharmaceutical personnel (total number per 1000 population) / The World Health Organization [Electronic resource]. – Access mode : http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/PharmaceuticalDensity/atlas.html.
16. Komarov Yu.M. Health Care Quality : [Glossary] / Yu.M. Komarov, A.V. Korotkova, M.R.F. Massoud, E. McGlynn. – Washington : University Research Co., LLC, 1999. – 124 p.

REFERENCES

1. The Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine (The Oviedo Convention) : was adopted by The Committee of Ministers of the Council of Europe in November 1996, opened for signature on 4 April 1997 in Oviedo, Spain and finally entered into force on 1 December 1999.
2. Riedel, E., Giacca, G. and Golay, C. (2014), Economic, Social, and Cultural Rights : Contemporary Issues and Challenges, OUP, Oxford, 525 p.
3. Dias, H.P. (1995), A responsabilidade pela saúde : aspectos jurídicos, FIOCRUZ, 69 p.
4. Alves, J., Kunst, A., Perelman, J. “Evolution of socioeconomic inequalities in smoking : results from the Portuguese national health interview surveys”, available at : <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1664-y>.
5. Barros, P. P. (2013), Economia da Saude : conceitos e comportamentos, Almedina, Coimbra, 478 p.
6. Sevilla, F. (2006), La universalización de la atención sanitaria. Sistema nacional de salud y seguridad social, Fundación Alternativas, FIPROS, Madrid, 59 p.
7. Schühli, L. B. (editor) (2010), Justiça e direitos humanos. Experiências de Assessoria Jurídica Popular, Terra de Direitos, Curitiba, 257 p.
8. Abbing, R. Henriette D.C. (2010), “Social Justice and Healthcare Systems in Europe”, European Journal of Health Law, no. 17, pp. 217-222
9. Jones, H. (2009), Equity in development. Why it is important and how to achieve it, Overseas Development Institute, London, 57 p.
10. Stepkina, Yu. A. (2012), “Analysis of models and methods of health financing and development in modern conditions”, *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta A. S. Pushkina*, no. 1, pp. 135-144.
11. Ferreira da Cunha, P. (2007), Repensar a politica : ciencia & ideologia, Almedina, Coimbra, 496 p.

12. Shipachev, K.V. (2004), "The role of innovative technologies the organization of medical care in improving the effectiveness of health care facilities", Thesis abstract for Doct. Sc. (Medical), 14.00.33, Kemerovo, Russia.
13. Cubero, R. and Vladkova Hollar, I. (2010), Equity and Fiscal Policy : The Income Distribution Effects of Taxation and Social Spending in Central America, International Monetary Fund, Washington, D.C., 43 p.
14. "Health workforce : density of physicians (total number per 1000 population)" : The World Health Organization, available at : http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/Physicians.
15. "Health workforce : density of pharmaceutical personnel (total number per 1000 population)" : The World Health Organization, available at : http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/PharmaceuticalDensity/atlas.html.
16. Komarov, Yu. M., Korotkova, A.V., Massoud, M. R. F. and McGlynn, E. (1999), Health Care Quality : [Glossary], University Research Co., LLC, Washington, 124 p.

УДК 347.6 (477) «19»

СТАН НАУКОВОЇ РОЗРОБКИ ПРОБЛЕМИ РАДЯНСЬКОГО СПАДКОВОГО ПРАВА В УКРАЇНІ

Половинкіна Р.Ю., к.ю.н., асистент

*Запорізький національний університет, вул. Жуковського, 66, м. Запоріжжя, Україна
polovinkinaruslana@gmail.com*

У статті надано комплексний аналіз наукової розробки проблеми радянського спадкового права в Україні. Автор статті розробив класифікацію історіографічних джерел із проблематики. Проведено оцінку узагальнюючих праць із цивільного права, літератури, у якій здійснено безпосереднє висвітлення інституту спадкового права в теоретичному, законодавчому та правозастосовному аспектах, а також історіографічних джерел, що складають власне історико-правові дослідження з цього питання.

Ключові слова: спадкування, спадщина, спадкоємець, спадкодавець, заповіт, заповідач.

СОСТОЯНИЕ НАУЧНОЙ РАЗРАБОТКИ ПРОБЛЕМЫ СОВЕТСКОГО НАСЛЕДСТВЕННОГО ПРАВА В УКРАИНЕ

Половинкина Р.Ю.

*Запорожский национальный университет, ул. Жуковского, 66, г. Запорожье, Украина
polovinkinaruslana@gmail.com*

В статье приводится комплексный анализ научной разработки проблемы советского наследственного права в Украине. Автором статьи разработана классификация историографических источников по проблематике. Проведена оценка обобщающих трудов по гражданскому праву, литературы, в которой осуществлено непосредственное освещение института наследственного права в теоретическом, законодательном и правоприменительном аспектах, а также историографических источников, составляющих собственно историко-правовые исследования по этому вопросу.

Ключевые слова: наследование, наследство, наследник, наследодатель, завещание, завещатель.

STATE OF SCIENTIFIC DEVELOPMENT OF PROBLEMS OF SOVIET INHERITANCE LAW IN UKRAINE

Polovynkina R.Y.

*Zaporizhzhya national university, str. Zhukovsky, 66, Zaporizhzhia, Ukraine
polovinkinaruslana@gmail.com*

This article reviews a comprehensive analysis of scientific development problems of the Soviet inheritance law in Ukraine. An author developed a classification of historiographic sources of the problem. The estimation of generalizing works on civil law, literature where direct illumination of the inheritance law institute in the theoretical, legislative and enforcement aspects is made, as well as historiographic sources those make up the actual historical and legal research on the issue.