

3. Конституція України від 28 червня 1996 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.
4. Денисов С.Ф. Развитие специального законодательства с питань запобігання злочинності в Україні. *Держава та регіони* (Сер.: Право), № 14. С. 40.
5. Щедрин Н.В. Основы общей теории предупреждения преступности : учеб. пособ. Красноярск : Краснояр. гос. ун-т, 1999. 58 с.

С. П. Рибаченко. Проблемы правового регулирования предупреждения и профилактики правонарушений в Украине. – Статья.

Аннотация. В статье был предоставлен анализ нормативных актов, регулирующих деятельность государства и его отдельных институтов по профилактике правонарушений в Украине. Исследованы общие проблемы правового регулирования профилактики правонарушений. Обоснованы предложения о необходимости принятия базового закона Украины «О профилактике правонарушений в Украине».

Ключевые слова: профилактика правонарушений, предупреждение правонарушений, противодействие преступности, правоохранительная деятельность, правовое регулирование, нормативно-правовой акт, административно-правовые меры профилактики правонарушений, государственная программа профилактики правонарушений.

S. Rybachenko. Problems of legal regulation of crime prevention and prevention in Ukraine. – Article.

Summary. The article provides an analysis of the regulations governing the activities of the state and its individual institutions for the prevention of offenses in Ukraine. The general problems of legal regulation of crime prevention are investigated. Substantiated proposals on the need to adopt the basic law of Ukraine “On the prevention of offenses in Ukraine”.

Key words: crime prevention, crime prevention, crime prevention, law enforcement, legal regulation, normative legal act, administrative and legal crime prevention measures, state crime prevention program.

УДК 12.00.07

О. В. Скочиляс-Павлів

кандидат юридичних наук, доцент,
доцент кафедри адміністративного та інформаційного права
Інститут права, психології та інноваційної освіти
Національного університету «Львівська політехніка»
м. Львів, Україна

Х. В. Щур

магістр з права

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Анотація. У даній статті проаналізовано досвід зарубіжних країн, зокрема Японії, Сполучених Штатів Америки, Великобританії, Австралії, щодо врегулювання відносин у галузі охорони здоров'я. Розглянуто систему державного управління іноземних держав у медичній сфері, а також описано системи медичного страхування, які існують у зарубіжних країнах. Доведено, що високі показники тривалості життя людей в країні, як і інші належні показники їх здоров'я, свідчать про те, що медики належним чином виконують свої обов'язки, що тягне за собою гарантію відповідних прав (право на високу оплату своєї праці, відповідні соціальні гарантії та ін.). Відзначено, що сьогодні у світі склалася різна практика правового регулювання відповідальності в медичній сфері. Деякі країни віддають перевагу методам цивільно-правового врегулювання спорів, що виникають внаслідок заподіяння шкоди життю та здоров'ю пацієнтів під час виконання працівниками закладів охорони здоров'я своїх професійних обов'язків. При цьому в особливих випадках все ж не виключається застосування заходів кримінально-правового характеру. Загалом, у розвинутих країнах медичні системи організовані на достатньо високому рівні, що забезпечує захист прав та законних інтересів медиків, проте в кожній медичній системі існують і недоліки, які держави намагаються усувати, забезпечуючи гідний статус для медичних працівників та пацієнтів.

Ключові слова: медичний працівник, медичний заклад, лікар, правовий статус, охорона здоров'я.

Розглядаючи зарубіжний досвід у медичній сфері на предмет можливого його запозичення в практику України, необхідно, перш за все, звернути увагу на систему державного управління іноземних держав в цій сфері, яка встановлює та регулює цілий комплекс відносин, і, зокрема, визначає статус медичного працівника, як безпосередньо у відносинах пов'язаних з лікуванням пацієнта, так і у трудових відносинах, відносинах соціального забезпечення, адміністративних відносинах з органами державної та іншої публічної влади тощо.

Складовою частиною ефективного розвитку держави є підтримка соціальної сфери й формування дієвої системи охорони здоров'я в країні. Від розвитку цієї сфери залежить право на професійну самореалізацію медиків. Країнами, які лідирують у світі за основними показниками здоров'я (у дане поняття входять середня тривалість життя, дитяча смертність і низка інших), сьогодні є Японія, Німеччина та США [1, с. 123]. Високі показники тривалості життя має Японія, в якій у 2017 р. середня тривалість життя для жінок склала 87,26 р., для чоловіків – 81,09 р. За тривалістю життя жінок Японія поступається тільки Гонконгу, займаючи три роки поспіль друге місце. За середньою тривалістю життя чоловіків Японія займає третє місце [2].

Що стосується основних показників здоров'я, зокрема середньої тривалості життя громадян певної країни, то вони безпосередньо не впливають на права та обов'язки конкретних медичних працівників. Проте, в будь-якому випадку, вони характеризують те, що в даній державі (якщо показники високі) держава піклується про своїх громадян, тобто здійснює державне управління в медичній сфері на належному рівні, фінансує цю сферу, а також забезпечує належне виконання медичними працівниками своїх обов'язків. Високі показники тривалості життя людей у країні, як і інші належні показники їх здоров'я, свідчать про те, що медики належним чином виконують свої обов'язки, що тягне за собою гарантію відповідних прав (право на високу оплату своєї праці, відповідні соціальні гарантії та ін.). І що не менш важливо і особливо актуально для нашої країни – моральне право мати певний авторитет в суспільстві, право на повагу до них як до людей, які забезпечують здоров'я людини, нації та народу.

Розглянемо досвід управління у сфері охорони здоров'я в деяких із цих країн.

Система охорони здоров'я в Японії є специфічною, децентралізованою й диверсифікованою. Управління у сфері охорони здоров'я здійснюється на чотирьох рівнях: урядовому, префектурному, центрів здоров'я та місцевих міських і сільських органів влади [3]. Окремі великі міста вповноважені ліцензувати клініки й аптеки. У структурі органів місцевого самоврядування є відділи охорони здоров'я, відповідальні за керівництво такими місцевими програмами [4, с. 108].

Варто зауважити, що система охорони здоров'я в цій країні є однією з найбільш розвинених у світі. Японія орієнтується на профілактику, реабілітацію, і це дає їй можливість істотно зменшити витрати на систему охорони здоров'я, тим самим забезпечивши підвищення її якості. В Японії існує система медичного страхування, якою охоплено практично все населення країни. Дрібних власників та членів їх сімей, інвалідів та інших непрацюючих осіб страхує Національна система страхування здоров'я. Існує також друга система – це страхування осіб найманої праці. Також в Японії існує і система додаткового приватного страхування, але вона особливої популярності серед населення немає. Жодних обмежень щодо вибору лікаря й лікарні страхування не передбачається. 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 варіюється 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 [1, с. 124].

Переважає більшість медичних закладів Японії є у приватній власності. Проте тарифи на оплату послуг, які надаються встановлює влада, при цьому немає різниці чи пацієнт лікується в приватному медичному закладі чи в державному. Є проблема з госпіталізації хворих, які потребують екстреної допомоги або перебувають у серйозному стані, адже потік пацієнтів є досить великим. Щодо компенсації клінікам за надані медичні послуги, то вона проводиться за принципом: «гонорар за кожну надану послугу». Існує тенденція максимально переводити пацієнтів на амбулаторне долікування. Існують різні програми компенсації медичним закладам за надані послуги, при цьому цінової конкуренції у країні не існує. Лікарні намагаються залучити чим побільше пацієнтів, для цього вони закуповують найсучасніше обладнання, що створює черги пацієнтів у лікарню.

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, які перетворюють її на бізнес і зберегти професійну чистоту медичних кадрів [1, с. 124].

У Японії лікарі, які працюють у лікарнях, є службовцями, які отримують зарплату. Частина медиків залучені в приватному секторі, але розмір їхніх гонорарів встановлює держава. Як правило, він визначається на основі гонорару за конкретні послуги [1, с. 124].

Зауважимо, що система фіксованих гонорарів праці медиків стимулює їх 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, які 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 [5].

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 [6].

Лікарі та лікарні є також приватними, і вони є частиною цього бізнесу. Якщо вони не отримують платежів через страхування, вони вимагають 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 незахищених верств населення, які не можуть самостійно забезпечити собі фінансування медичної допомоги, є безумовними перевагами в організації забезпечення охорони здоров'я в США [7].

Досвід США свідчить, що запроваджувати приватне страхування в медичній сфері як основне джерело фінансування недоцільно, оскільки можливі серйозні фінансові диспропорції в охороні здоров'я. Сьогодні в США обговорюються питання про реформування охорони здоров'я, тому що існуюча децентралізована система приватного медичного страхування за практично відсутнього контролю та регулювання з боку держави себе не виправдала. Витрати на охорону здоров'я зростають, але адекватного їм поліпшення якості медичної допомоги немає, тобто ефективність охорони здоров'я недостатня. Одна з головних тенденцій перетворень у системі медичної допомоги США виявляється у збільшенні регулюючої ролі держави.

На міжнародному рівні інтересів лікарів представляють Всесвітня Медична Асоціація і Всесвітня Психіатрична Асоціація, а також численні спеціалізовані міжнародні організації. У більшості країн, у тому числі й в Україні, також функціонують професійні асоціації й інші громадські організації, що захищають інтереси медичних працівників або пацієнтів.

У Бразилії існують медичні ради на федеральному і місцевому рівнях, де розглядаються питання етики, є і Медична асоціація, яка займається науковими аспектами медицини. Існують також медичні синдикати, які проводять переговори з владою від імені лікарів. Однак така кількість служб, що займаються

аналогічними проблемами, сприяє появі різних поглядів між федеральними органами й окремими штатами [8, с. 78].

В Австралії пацієнт, який незадоволений наданою медичною послугою, може звернутися зі скаргою до Медичних управлінь штатів, поліції, судів чи спеціальних комісій з розгляду скарг хворих. У лікарнях за роботу зі скаргами відповідають старші медсестри, менеджери, соціальні працівники. У деяких великих лікарнях є навіть посада співробітника, що представляє інтереси хворих. Усі лікарі Австралії є членами так званих страхових захисних медичних організацій (medical defense unions), що захищають лікарів, представляють їхні інтереси та сплачують суму, яку суд присудив на користь пацієнта. Захисні медичні організації забезпечують своїх членів усіма видами юридичної допомоги, а в разі скарг хворих радять своїм членам, чи варто взагалі доводити справу до суду, чи краще узгодити питання позасудовим урегулюванням [9, с. 123].

Для захисту прав пацієнтів у Великобританії видаються спеціальні журнали, де публікуються рейтинги лікарів з вказівкою їхніх прізвищ та інформацією про лікарські помилки кожного. А в США існує анонімний банк даних на лікарів, куди може звернутися будь-який пацієнт із заявою про допущену лікарську помилку тощо. Такі дані збираються, аналізуються, і міністерство має право направити експерта, щоб оцінити роботу лікаря та зробити висновки. До цього банку даних може звернутися і роботодавець, перш ніж прийняти лікаря на роботу [10, с. 79].

Крім того, інститут медицини Національної академії наук США створив Національний круглий стіл з питань якості медичної допомоги, а саме: методи її вимірювання, оцінка, шляхи покращення. До його складу входять 20 представників приватного і громадського секторів охорони здоров'я, практичної медицини, спеціалістів академії, бізнесу, адвокатури з питань захисту прав споживачів, засобів медичної інформації, а також керівники федеральних програм охорони здоров'я [11, с. 1000].

Відзначимо, що сьогодні у світі склалася різна практика правового регулювання відповідальності у медичній сфері. Деякі країни віддають перевагу методам цивільно-правового врегулювання спорів, що виникають внаслідок заподіяння шкоди життю та здоров'ю пацієнтів під час виконання працівниками закладів охорони здоров'я своїх професійних обов'язків. При цьому в особливих випадках все ж не виключається застосування заходів кримінально-правового характеру.

Вбачається, що двома основними завданнями цивільно-правового врегулювання так званих «медичних спорів» є відшкодування завданої пацієнту шкоди та здійснення контролю за якістю медичної допомоги [12]. На думку Х. Баркус, цивільна відповідальність є більш зручним засобом врегулювання правовідносин при недбалості медичних працівників, який забезпечує пацієнту можливість компенсувати заподіяну шкоду здоров'ю та фінансові збитки, понесені у зв'язку з лікуванням. Крім того, наявні в США механізми притягнення винних осіб до відповідальності нівелюють необхідність позбавлення волі. При застосуванні до лікарів цивільно-правової відповідальності та санкцій головна увага приділяється питанню профілактики завдання шкоди пацієнтам особами, які надають медичну допомогу, а не позбавленню їх волі за ненавмисну шкоду [13].

Однак деякі автори вказують на недосконалість системи, за якої лікарі притягуються виключно до цивільно-правової відповідальності за заподіяну шкоду здоров'ю пацієнта. Так, К. Мешівіц звертає увагу на непропорційно малу кількість осіб, які звертаються за правовою допомогою у вказаних випадках. Тобто цивільних позовів значно менше, ніж об'єктивно постраждалих осіб від лікувальної діяльності. Дехто стверджує, що навіть успішний позивач не одержує повної компенсації фінансових витрат, понесених під час судового розгляду [12].

Так, «у Канаді для притягнення винних осіб до кримінальної відповідальності використовують здебільшого ст. 219 КК Канади, згідно з якою людина є винною в злочинній недбалості, якщо вона вчиняє дії, або не вчиняє дій, які зобов'язана вчинити за законом, що виявляються у безвідповідальній або безрозсудній зневазі (wanton or reckless disregard) до життя чи здоров'я інших осіб» [14].

Протилежна практика склалася в такій країні, як Японія. «На відміну від інших країн, досвід яких ми розглядаємо у дослідженні, Японія відрізняється порівняно низьким рівнем застосування положень цивільного права при відшкодуванні шкоди, завданої під час здійснення медичної діяльності. Водночас факти завдання пацієнтам шкоди під час надання медичної допомоги, яких можна було б уникнути, значно поширені в Японії, як і в інших країнах» [15].

Таким чином, підсумовуючи, хотілося б зазначити, що в більшості сучасних цивілізованих країнах існує система медичного страхування, яка забезпечує фінансування медичної галузі. У контексті захисту прав медичних працівників власне належне фінансування забезпечує реалізацію ними свого права на професійну

діяльність. Є різні наукові бачення щодо відповідальності лікаря за допущену помилку, зокрема чи необхідно його притягувати до кримінальної відповідальності, чи достатньо до цивільно-правової. У різних країнах практика різна. Загалом, у розвинутих країнах медичні системи на достатньо високому рівні, що забезпечує захист прав та законних інтересів медиків, проте в кожній медичній системі існують і недоліки, які держави намагаються усувати, забезпечуючи гідний статус для медичних працівників та пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гомон Д.О., Денисова А.В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2016. Вип. 4. Том. 1. С. 123–126.
2. Тривалість життя японців досягла чергового історичного рекорду. URL : https://espresso.tv/news/2018/07/21/tryvalist_zhyttya_yaponciv_syagnula_chergovogo_istorychnogo_rekordu.
3. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії. *Медицина світу*. 2013. № 11. URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php>.
4. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр.; упоряд. проф. Я. Радиш, передм. Т. Бахтеєвої; за заг. ред. проф. М. Білінської, проф. Я. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.
5. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії. URL : <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php?print=1>.
6. Зеленевиц В.О. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я. URL : <http://intkonf.org/zelenevich-voktn-kuzmin-aizarubizhniy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya/>.
7. Стеценко В.Ю. Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США. URL: 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.
8. Преданная медицина. Причастность врачей к нарушениям прав человека: Отчет рабочей группы Британ. мед. ассоциации. Киев : Сфера, 1997. С. 269
9. Ангелуца П. Австралия надзвичайна (Extraordinary Australia). Москва : Су Джок Академія, 2001. 336 с.
10. Авраменко Н.В. Вітчизняний та зарубіжний досвід державного управління в сфері контролю за якістю медичної допомоги. *Економіка та держава*. 2010. № 12. С. 78–80.
11. The National Roundtable on Health Care Quality. The urgent need to improve health care quality. *JAMA*. 1998. Vol. 280, № 11. P. 1000-1005.
12. E. Monico, R. Kulkarni, A. Calise, J. Calabro. The Criminal Prosecution of Medical Negligence. *The Internet Journal of Law, Healthcare and Ethics*. Volume 5 Number 1. URL : <http://ispub.com/IJLHE/5/1/5237>.
13. When Does Medical Negligence Become Criminal? URL : www.latlaw.com/index.php/firm-news-articles/articles-2010/88-when-does-medical-negligence-become-criminal.
14. Criminal Code of Canada. URL : <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-46/page-120.html#h-75>.
15. Robert B Leflar. “Unnatural Deaths”, Criminal Sanctions, and Medical Quality Improvement in Japan. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*. USA : New Haven. 2009. № 3. P. 10.

О. В. Скочиляс-Павлів, Х. В. Щур. Медицинский работник и его правовой статус в законодательстве зарубежных стран. – Статья.

Аннотация. В данной статье рассматриваются права медицинских работников, как непосредственно установленные законодательством иностранных государств, так и права, которые корреспондируют обязанностям, исследуются права через анализ обязанностей пациентов, лечебных учреждений, государства по отношению к медицинскому работнику, а также и через анализ соответствующих запретов. Рассматриваются и отдельные аспекты защиты прав медицинских работников по оплате их труда и по социальным гарантиям. Важное значение в контексте данной работы имеет исследование вопросов юридической ответственности медицинского работника за некачественно оказанные им услуги. Рассматривается правовой статус медицинского работника в законодательстве Японии, Соединенных Штатов Америки и ряда других государств.

Ключевые слова: медицинский работник, медицинское учреждение, врач, правовой статус, зарубежные страны.

O. Skochilas-Pavliy, H. Shchur. Medical worker and his legal status in the legislation of foreign countries. – Article.

Summary. This article examines the rights of medical workers, both directly established by the legislation of foreign states, and the rights that correspond to duties, examines the rights through the analysis of the duties of patients, medical institutions, the state in relation to a medical worker, as well as through the analysis of the corresponding prohibitions. Certain aspects of protecting the rights of medical workers in terms of remuneration and social guarantees are also considered. Of great importance in the context of this work is the study of the issues of legal responsibility of a medical worker for poorly rendered services. The legal status of a medical worker in the legislation of Japan, the United States of America and a number of other states is considered.

Key words: medical worker, medical institution, doctor, legal status, foreign countries.